Rok XLI. Kraków, 7 Maja 1902. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique"* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

„ . . . Denique, quia calculi in renibus etiam saepe magnum aegris et medicis negotium creant neque medicamentis semper tolli possunt, aegri vero a saevissimis istis cruciatibus, quos concitant, liberari gestiunt, sed rarius in recentiorum chirurgorum libris de hoc argumento aliquid reperitur, haud alienum, ab instituto nostro esse exitimo, si an in calculo renum sectio locum quoque habeat, hic paucis descriptaverim. Plerique qui hac de re aliquam in scriptis suis mentionem injiciunt, negotium hoc nimis periculosum judicant, adeoque et illud prorsus rejiciunt. Interea tamen non desunt argumenta, rationes et exempla, quae ad eam commendandam, praesertim certis in casibus egregie faciunt (id quod **Dempsius** *etiam notavit). Nam primo praesto sunt observationes ubi aegri a vulneribus renum, quae a tergo acceperunt sanati fuerunt (multa eorum congessit* **Wedelius**) *et quidem interdum sine adeo gravibus symptomatibus. Ut enim alia mihi nota exempla nunc taceam, anno 1735 vir quidam in vicino oppido ab alio in dorso et quidem renis dextri regione satis amplo vulnere ictu cultri vulnerabatur ita, ut per plures dies sanguis aut urina sanguinea per vulnus et urethram redderetur copiosa; attamen postquam huc Helmstadium translatus meaeque curae subjectus est, intra quattuor fere hebdomades feliciter sanatus est. Adeoque certissimum est vulnera omnia renum, praesertim si a tergo infliguntur et in cavum ventris non penetrant, non esse mortifera, ut nonnulli putant, set saepius sanant. Deinde* **Hippocrates** *licet a sectione calculi vesicae suos discipulos dehortetur, tamen ubi de renium morbis agit, docet: „cum intumuerit et elevatus fuerit, sub idem tempus juxta renum secato et extracto pure arenam diureticis sanato. Si enim sectus fuerit, evasionis spes est, sin nimis homini commoritur". Idem repetit loco citato cap. 16 tit. 8 ubi ait: „cum suppuratus fuerit ren, circa spinam intumescit; hunc ubi sic habuerit circa tumentem partem secato, profunda maxime sectione juxta renum". Imo et cap. 18 tit. 17 in simili casu praecipit, ut in ipsum renem cesemus. Unde apparet, ipsum renis incisionem, ubi eam opus indicavit, non reformidasse. Ita et* **Rossetus** *atque egregius anatomicus* **Jo. Riolanus** *aliique graves ab rationes judicant, nephrotomiam haud sine fructu saepius institui posse, si modo ille locus indicatur ubi calculus percipitur cavendo ne arteria aut vena emulgens aut ureter incidatur et ne vulnus in abdominis cavum penetret. Imprimis vero hanc sectionem tunc posse imo et debere instita quando facto a calculo in lumbis tumore aut abscessu natura viam demonstrat. Id enim non solum* **Schenckius** *et* **Wedelius** *l. c. itemque* **Meerkrenius** *comprobant et suadent; verum etiam aegregius ille quodam Medicus et Chirurgus* **Lavaterus** *natione Helvetius, cum quo A. 1710 Londini, ubi tunc chirurgiam summa cum laude et faciebat et docebat, amice vixi, non solum mihi retulit se hanc operationem in ejusmodi causa feliciter perfecisse; verum et eam in dissertatione quam de „Atriteis et hypospadieis" A. 1708. Trajecti ad Rhenum publicavit pagina penultima scripsit: Nephrotomiam renis natura per abscessum viam demonstrante, celebro. Adeoque non perspicio rationem quare a quamplurimis prorsus damnetur sed potius chirurgos exhortor, ut eam natura viam demonstrante non intermittant, quaemadmodum nec ego eam intermitterem: quia hac ipsa non solum vita aegris servari verum etiam ii a saevissimis cruciatibus calendo per uncum vel digitos vel forcipem educto, liberari poterunt".*

Tak pisze Lavrentius Heister w swojem wielkiem dziele „Institutiones chirurgicae", drukowanem w r. 1739. Zapatrywania tam wyrażone długo jeszcze panowały w medycynie. Czytamy np. w XII tomie encyklopedyi Rusta (1834), że wówczas dopiero przystępować się winno do nefrotomii, skoro ropień, przetoka lub coś podobnego wskaże nam wyraźnie drogę do nerki. A przecież już przed Heisterem istniały próby nacinania nerki, mało zmienionej lub wcale niezmienionej, w celu utorowania sobie drogi do kamyków w miedniczce. Pomijając niejasne zalecenie Hippokratesa, czytamy, że za panowania Karola VIII (francuskiego w XV stuleciu) jakiś Sagittarius Bagnoletensis, który cierpiał na kamicę nerkową, skazany został przy pewnej okazyi na śmierć. Lekarze wyprosić mieli zbrodniarza tego u króla dla siebie i wcale o to nieproszeni wykonali na nim nefrolitotomię. Wbrew oczekiwaniu operowany wyzdrowiał. Historya milczy, czy biednego „sagittariusa", mimo przetrzymania tych istnych sądów bożych, jednak stracono.

Potem w r. 1622 występuje przed akademią lekarską w Paryżu Jacques Cousinot i zaleca zupełnie świadomie torowanie drogi do miedniczek przez mało zmieniony miąższ nerkowy. Nie wiadomo, jak myśl ową wówczas przyjęto; widocznie nie zbyt przychylnie i zachęcająco, skoro dopiero w r. 1754 Bordeux taką samą myśl poddał pod ocenę tego samego ciała naukowego. Zwalczał go jednak Masquelier. Mimo jednak tych nieprzychylnych opinij medycyny urzędowej „medicus doctissimus atque clarissimus" Dominicus de Marchettis, ogromnie o to molestowany, wykonał nefrolitotomię u konsula weneckiego

w Londynie M. Hobsoniusa i to z zupełnem powodzeniem, jakkolwiek roponercza wcale jeszcze nie było. Przypadek ten stał się głośnym i odtąd sporadycznie powtarzały się przypadki nacięcia nerki we wczesnym okresie kamicy. Historya zapisała kazuistyczne spostrzeżenia Hevina, Velpeaua, Bryanta i Callendera. Regułą jednak i to na długo, bo prawie po rok 1890, pozostało, aby nacinać nerkę dopiero wówczas, gdy ta zostanie zamienioną w jedną torbę, wypełnioną ropą, czy też płynem surowiczym *(pyo* i *hydronephrosis).* I ta operacya, naprawdę z właściwą nefrotomią, jak ją dziś pojmujemy, nie mająca nic wspólnego prócz nazwy, jest bowiem jedynie nacięciem ropnia, stosowaną była wiele razy, często nawet nieświadomie, w czasach, kiedy prawdziwa chirurgia nerek istniała zaledwie w zawiązku i to w marzeniach najśmielszych chirurgów. Dopiero rok 1869, tj. rok pierwszego wycięcia nerki, dokonanego na podstawie ściśle opracowanego planu przez Gustawa Simona, a potem niezawodna, jak się zdawało, osłona, jaką darzyła chirurgów i ich chorych, anty- i aseptyka, sprawiły, że i nacięcie nerki nietylko częściej bywało stosowane, ale i wskazania dla niego się rozszerzyły. Czerny, Morris, Lauenstein i inni pokazali, że nie trzeba i nie powinno się czekać, ażby nerka, dotknięta kamicą, zropiała. W tej nowej, „oświeconej“ erze chirurgii oni pierwsi nauczyli, że skoro tylko rozpoznanie kamieni nerkowych jest pewne, a leczenie środkami wewnętrznymi bezskuteczne, należy odsłonić nerkę, a utorowawszy drogę do kamyków już to przez miąższ nerkowy, już też przez ścianki miedniczki, kamyki wydalić potrzeba. Każdy chory tym sposobem uwolniony od cierpień, przechodzących siły ludzkie i popychających niekiedy ludzi najsilniejszej woli do samobójstwa, stawał się najwdzięczniejszym pacyentem i najgorętszym wielbicielem chirurgii.

Prócz tych dwóch czynników, t. j. doskonalącej się aseptyki i racyonalnego rozwoju chirurgii nerek, do rozszerzenia wskazań dla nacięcia nerek przyczyniło się niemało także nawoływanie do postępowania oszczędzającego. Nawoływania owe stawały się tem głośniejsze i energiczniejsze, czem częściej zdarzało się, że nerka, pozostająca po wycięciu jednej, nie dopisała i chory ginął wśród objawów mocznicy. Do niedawna jednak nie znaliśmy jeszcze dziś już tak wydoskonalonych sposobów badania sprawności nerek i to każdej z osobna. Kiedy jednak stanie się zwyczajem, że chirurg przed każdą zamierzoną operacyą w zakresie nerki stwierdzi niemal z matematyczną ścisłością przy pomocy cewnikowania moczowodów, kryoskopii krwi i moczu, przy pomocy próby błękitem metylenowym i florydzyną, lub wreszcie przy pomocy ilościowego oznaczenia mocznika, wydzielonego przez każdą nerkę z osobna, stopień wydolności każdej nerki, a zwłaszcza tej, którąby po ewentualnej nefrektomii pozostała, zmniejszy się z pewnością liczba nefrotomij, zwłaszcza nefrotomij z ostrożności, na korzyść nefrektomij i na korzyść chorych, o czem parę słów potem.

A pewną rolę i to wcale nie podrzędną w dalszym rozwoju tej operacyi odegrał także przypadek. Zdarzało się, że na podstawie badania klinicznego odsłaniano nerkę, o której mniemano, że jest siediiskiem pewnego, chirurgicznie uleczyć się dającego cierpienia (Harrison, Le Dentu, J. Israel). Kiedy jednak bezpośredniem oglądaniem i dokładnem obmacywaniem nie zdołano znaleźć w nerce nic takiego, coby tłómaczyć mogło stwierdzone objawy kliniczne, uciekano się do Aleksandrowego sposobu rozwikływania węzła gordyjskiego, to znaczy rozcinano nerkę wzdłuż jej największego równika (tak jak na sekcyi) w nadziei, że na powierzchni rozkroju znajdzie się przecież coś, co rzecz wyjaśni. Lecz ku wielkiemu swemu strapieniu widzieli powierzchnię rozkroju, przynajmniej makroskopowo, zupełnie prawidłową i w przekonaniu, że popełnionym został jakiś błąd rozpoznawczy, nerkę czemprędzej zeszywali napowrót, a ponad nią zamykali ranę. Jakież jednak następowało zdziwienie, kiedy po tym, zdaniem samych operatorów nic nie znaczącym zabiegu, wszelkie dolegliwości i objawy przedmiotowe u chorego ustępowały i operowany wracał do zdrowia. Inni, opierając się na takich doświadczeniach Harrisona, Le Dentuego, J. Israela, Tuffiera, Albarrana, Gerard-Marchanta, a głównie opierając się na tem, że tak wielki zabieg, jakim jest bez wątpienia przecięcie nerki, chorzy znoszą względnie dobrze i łatwo i bez złych (bezpośrednio) następstw, zaczęli doradzać i wprost zachęcać do nefrotomii w celach rozpoznawczych (O. Bloch) w przypadkach, nastręczających wielkie trudności dyagnostyczne i podejrzanych o nowotwór złośliwy. Zwłaszcza propagatorem takiego postępowania był wspomniany już O. Bloch, który radził aby po zrobionej nefrotomii wyciąć kawałek tkanki nerkowej do zbadania mikroskopowego.

Z tych wszystkich źródeł wynikają następujące wskazania do nacięcia nerki:

I w celach leczniczych

a) w kamicy nerkowej,

b) w ropniu ograniczonym nerki,

c) w wodo- i roponerczu *(hydro-et pyonephrosis),*

d) w bąblowcu nerki,

e) w torbielach nerki,

f) w krwawieniu z nerek niezmienionych (t. z. *haematuria sine materia),*

g) w nerwobólu nerki, połączonym z krwawieniem (t. z. *„néphralgie hématurique“),*

h) w pewnych sprawach zapalnych ostrych i przewlekłych nerek.

II. W celach rozpoznawczych.

Z pobieżnego choćby przejrzenia tych rozmaitych wskazań dla nefrotomii, jakie dziś bezwzględnie lub względnie przyjmujemy, wynika, że jakkolwiek zawsze operacya, wykonana z powodu wskazań, nosić będzie miano nefrotomii, w każdym niemal przypadku będzie ona inną w wykonaniu. Podczas bowiem, gdy raz ograniczymy się do rozcięcia miąższu nerkowego na przestrzeni 4—6 ctm. (a przypominam, że długość nerki wynosi przeciętnie 12 ctm.), to innym razem będziemy zmuszeni rozpłatać ją niejako w całości, jak na sekcyi; raz jesteśmy zmuszeni przejść przez całą grubość miąższu nerkowego, niemal wcale niezmienionego, byle się tylko dostać do miedniczki, kiedyindziej kończymy operacyę i czynimy zadość wszelkim wskazaniom, naciąwszy ściankę zaledwie na kilka mlm. grubą i zawierającą zaledwie ślady tkanki właściwej (jak się to dzieje w późnych okresach wodo- lub roponercza); a wreszcie w odpowiednich przypadkach przecinamy tylko sam miąższ nerkowy, nie otwierając miedniczki, kiedyindziej zaś właśnie dążymy do jej otwarcia. A wszyscy, te bądźcobądź i w wykonaniu i w następstwach różne operacye nazywają

nefrotomią. Nieścisłość tę zauważyli już dawniej Guyon i Albarran, rozróżniając nefrotomię, t. j. przecięcie miąższu nerki bez otwarcia miedniczki i nefrostomię, t. j. otworzenie miedniczki nerkowej przez miąższ gruczołowy. To tylko wyszczególnienie, nie wystarcza jednak. Przedewszystkiem osobno traktować się winno nacięcie wodo- i roponercza, jakoteż pewnych ropni nerkowych. Operujemy wówczas na narządzie tak bardzo zmienionym i w tak odmiennych warunkach, że wcale nie mamy potrzeby liczyć się ze zmianami, jakie sama operacya sprowadzićby mogła. Nie zupełnie tedy ściśle wyrażamy się mówiąc i w tych przypadkach o nefrotomii, względnie nefrostomii. Najbardziej rzeczywistości odpowiadałaby nazwa *incisio hydronephroseos i pyonephroseos* wzgl. *incisio abscessus renis*. Następnie rozróżniaćby należało między nacięciem nerki *(incisio renis)* i przecięciem nerki *(nephrotomia* κατ' ἐξοχήν v. *sectio renis)*. Przez pierwszy zabieg rozumiem przecięcie miąższu nerkowego mało lub wcale niezmienionego, na krótkiej przestrzeni aż do miedniczki, w celu wydobycia z niej kamyków. Praktyka wykazuje, że dla tych przypadków wystarcza cięcie długości 4 do 6 ctm. Od takiego nacięcia nerki zasadniczo różni się jej przecięcie. Podczas tej operacyi rozdzielamy nerkę tak jak przy sekcyi na dwie połowy, prowadząc płaszczyznę rozkroju tak, aby trafić i otworzyć miedniczkę. Zabieg ten wskutek zaleceń i doświadczeń Harrisona, Le Dentuego Tuffiera, J. Israela i innych, w ostatnich kilku latach dość się rozpowszechnił i bywał przedmiotem długich rozpraw. Ma on zastosowanie wszędzie tam, gdzie chodzi o dokładne rozpoznanie i w przypadkach krwawień „z nerki niezmienionej“, nefralgii, pewnych zapaleń miąższu nerkowego i t. d. We wszystkich tych, a zwłaszcza pod koniec wymienionych przypadkach, w których ostatecznie pewne rozpoznanie stawianem bywa zwykle dopiero po rozcięciu nerki, wskazaną jest właśnie owa *sectio renis*, a więc rozpłatanie całej nerki włącznie z oboma biegunami.

Skoro tylko operacya ta zyskała prawo obywatelstwa w chirurgii, zaczęto się zastanawiać nad tem, czy kierunek cięcia został dobrze obrany, czyby nie było np. lepiej przecinać nerkę poprzecznie. Doświadczenia Tillmannsa, Pisentiego, Eugenio di Mattei'ego, Podwysockiego, Tuffiera, Kümmlla, Erasma de Paoliego, A. Bartha, a w ostatnich czasach M. Wolffa wykazały, że po przecięciu nerki t. zw. cięciem sekcyjnem nietylko miąższ gruczołowy najmniej cierpi, ale i krwawienie jest najmniejszem. Dla wytłómaczenia tego zjawiska zwrócono oczywiście baczną uwagę w pierwszej linii na układ tętnicy nerek. Tętnica nerkowa, mierząca 6 mm. w średnicy, przed wejściem do wnęki dzieli się zwykle na cztery gałęzie, z których dwie zaopatrują część przodkową czyli brzuszną nerki, dwie zaś część tylną czyli grzbietową. Odmiennie nieco stosunki te przedstawiają Joessel i Waldeyer. Autorowie ci rozróżniają dwie gałązki przodkowe, które zaopatrują środkową i dolną część odcinka brzusznego nerki, jedną gałązkę górną, która unaczynia cały biegun górny i jedną gałązkę tylną, rozgałęziającą się w $^2/_3$ częściach dolnych odcinka grzbietowego. Względnie często spotykamy obok głównej tętnicy nerkowej jedną, dwie, a nawet trzy tętniczki dodatkowe, które, pomijając wnękę, wprost wchodzą w górny lub dolny biegun. Takie stosunki tłómaczą nam, dlaczego nieraz mimo dokładnego zaciśnięcia szypuły nerkowej z powierzchni rozkroju podczas nefrotomii krwawi

Po wejściu w miąższ nerkowy tętnice rozgałęziają się w sposób wcale charakterystyczny. Tworzą się bowiem dwa ze sobą zgoła nie komunikujące układy tętnicze: jeden w odcinku grzbietowym (tylnym) nerki, drugi, większy od tamtego, w odcinku brzusznym czyli przodkowym. Na zjawisko to zwrócił uwagę jeszcze przed kilkudziesięciu laty Hyrtl, a preparaty korrozyjne, przezeń sporządzane, tak się powszechnie podobały, że nie mógł nastarczyć zamówieniom. Hyrtl w swoim podręczniku wyraźnie zaznacza, że dwa te układy tak dalece ze sobą nie komunikują, iż można między nimi, poczynając od miedniczki, przeprowadzić zgłębnik lub szczypczyki aż do największej wypukłości nerki, nie przerywając po drodze ani jednej gałązki. Płaszczyznę rozgraniczającą te dwa układy nazwał Hyrtl „płaszczyzną naturalnej podzielności nerki“, a linię, ograniczającą ją na powierzchni, „równikiem nerki“. Takich kilkanaście preparatów korrozyjnych pokazywał na jednym z ostatnich zjazdów chirurgów niemieckich Zondek i zwrócił uwagę, że równik nie przebiega po największej wypukłości nerki, lecz zbacza nieco, na kilka mlm. ku powierzchni grzbietowej czyli tylnej, a ztąd dopiero po promieniach płaszczyzna przyrodzonej podzielności nerki przebiega ku miedniczce, czyli wnęce I tak ostatecznie zgodzono się, że *sectio renis* wykonywać należy w owej płaszczyźnie, która odpowiada tej naturalnej podzielności. (C. d. n.).

II. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny [1]).

Podał

Dr. R. Spira.

Oko i ucho, dwa najważniejsze narządy zmysłów, stanowiące pierwszorzędne furty dla wrażeń zewnętrznych i najgruntowniejsze podstawy dla wykształcenia umysłu i serca, pozostają w ścisłym ze sobą związku, posiadają określoną wzajemność odruchową, oraz wzajemną zależność fizyologiczną i kliniczną.

Zanim przystąpimy do roztrząśnięcia wzajemnych stosunków tych narządów i wpływów jednego z nich na drugi, nie od rzeczy będzie rozpatrzeć się pierwej w analogii i podobieństwie, które zachodzą między tymi narządami.

I.

Podobieństwa i związki tych dwóch narządów zmysłowych są wielorakie: dla łatwiejszego rozejrzenia się, zastanowimy się nad nimi osobno, pod względem *a)* morfologiczno-anatomicznym, *b)* fizyologicznym i *c)* klinicznym.

a) Śledząc za analogią anatomiczną i morfologiczną, znajdujemy ją już w samym zarodku, w historyi rozwoju obu narządów. Na równoległość w rozwoju i w budowie tych zmysłów dosadnie zwrócili uwagę Schwalbe i Waldeyer, przytoczeni przez Rohrera [1]), którego monografią poczęści posiłkowałem się przy opracowaniu tej części niniejszej rozprawy.

Już pierwotne zarodki obu narządów są zbliżone do siebie pod względem sposobu swego powstania, gdyż pierwotny pęcherzyk oczny, jak również pierwotny pęcherzyk uszny, pochodzą z tego samego listka zarodkowego, z blaszki zmy-

[1]) Rękopis tej pracy otrzymała Redakcya 13 stycznia.

słowej, oba powstają jako wgłobienia blaszki zarodkowej zewnętrznej (ektodermy). Według Schwalbego nabłonkowy pęcherzyk słuchowy odpowiada w ogólności — siatkowce, torebka uszna — torebce ocznej, a mianowicie wewnętrzny miękki jej odcinek, zaopatrzony obficie w naczynia — naczyniówce, torebka kostna błędnika — twardówce. Podobnie jak między tą ostatnią a naczyniówką znajduje się przestrzeń zawierająca płyn chłonny, również wewnętrzny mięki odcinek torebki usznej oddzielony jest od zewnętrznego kostnego przestrzenią, wypełnioną perylimfą. Podobną analogię przyjmuje Waldeyer, który nadto porównywa ciałko rząskowe ze smugą naczyniową *(stria vascularis)*, a budowę siatkówki z budową narządu Cortiego tak, że warstwa pręcików i czopków i warstwa ziarenkowa siatkówki zastępują komórki włosowate narządu Cortiego.

Przyjmując analogię morfologiczną gałki ocznej z całem uchem wewnętrznem, porównano rogówkę z wzgórkiem, źrenicę z okienkami błędnika, worek spojówkowy z jamą bębenkową, przewód nosołzowy — z trąbką Eustachiusza, gruczoł łzowy — z gruczołami gronowymi trąbki, błonę bębenkową — z błoniastą częścią powiek, zalepionych w stanie zarodkowym, przewód kostny ucha — z przednim odcinkiem oczodołu i z brzegiem nad i podoczodołowym, muszlę uszną — z chrząstką powiekową. Mięśnie śróduszne odpowiadałyby mięśniom gałki ocznej, kostki słuchowe — tworom kostnym w twardówce ptaków i żab, bujny porost włosów na skrawku i przeciwskrawku, napotykany często u starszych osób, brwiom nieraz również rozrosłym, rzęsy brzegów powiekowych — owłosieniu obrzeżnemu zagięcia ucha *(helix)*, gruczoły woskowinowe — gruczołom Meiboma, wreszcie mięśnie małżowiny — mięśniom obwodkowym powiek. W ten sposób ucho zewnętrzne odpowiadałoby brzegom oczodołów i zewnętrznej powierzchni powiek; ucho środkowe — workowi spojówkowemu, a ucho wewnętrzne — gałce ocznej. Sądzę, że ze względów fizyologicznych prędzej wypadałoby błonę bębenkową porównać z soczewką i rogówką, których różna sklepistość ma podobny wpływ na ich czynność wzrokową, t. j. na przepuszczanie fal świetlnych, względnie dźwiękowych, a zatem także na słuch, względnie na wzrok; dalej m. m. śróduszne, t. j. naprężacze błony bębenkowej i m. m. strzemiączkowe (akomodacyjne) odpowiadałyby mm. rzęskowym, jama bębenkowa — ciałku szklanemu, worek spojówkowy — zewnętrznemu przewodowi ucha, powieki — małżowinie. Jamy boczne oczodołu, t. j. jama klinowa, szczękowa, czołowa i sitowa, odpowiadają oczywiście jamom bocznym jamy bębenkowej, t. j. jamie i komórkom wyrostka sutkowego i uchyłkom bębenkowym.

Pod względem wzajemnych połączeń topograficznych tych dwóch narządów zmysłowych najważniejszą rolę odgrywa jama nosowa, która pośredniczy między nimi, jest punktem wyjścia wspólnych nietylko odruchów, lecz i chorób, i stanowi drogę przenoszenia się spraw chorobowych jednego z tych narządów na drugi. Na podstawie mózgu znajdują się nn. obu będących w mowie narządów i nn. mięśni skręcających gałkę oczną. W miejscu krzyżowania się odnóg mózgowych, t. j. w okolicy wzgórka czworaczego, jądra n. słuchowego łączą się z jądrami n. okoruchowego i gałęzie n. słuchowego — przedsionkowa i ślimakowa — stoją w ścisłym związku z drogami przewodzącemi nn. ocznych. Ośrodek wzrokowy w potylicy i ośrodek słuchowy w płacie skroniowym sąsiadują z sobą. Pewne choroby mogą zatem równocześnie zajmować jeden i drugi ośrodek, albo się przenosić z jednego na drugi. Oprócz tego ośrodki te łączą się z sobą przez włókna kojarzące, których zajęcie, np. w następstwie choroby usznej, może spowodować także zaburzenia wchodzące w zakres czynności wzrokowej, jak np. agrafia, niemota optyczna. Nerw troisty zaopatruje po części ucho zewnętrzne i środkowe, a pierwsza jego gałąź rozprzestrzenia się w narządzie ocznym. W podobny sposób oba narządy obficie są zaopatrzone w gałązki n. spółczulnego.

Nerw twarzowy bierze udział w unerwieniu ucha zewnętrznego i środkowego z jednej strony, a powiek z drugiej strony. Prócz tego nerw ten stoi w ścisłym stosunku z n. słuchowym w ośrodkowym układzie nerwowym. Jak bowiem Held u kota i szczura a Kölliker u królika wykazali, z ośrodkowego jądra słuchowego wychodzą włókna, które po złączeniu się z włóknami n. ślimakowego i skrzyżowaniu czuciowych korzeni n. V, kończą się w jądrze n. twarzowego i w małej oliwce, a zdaniem Köllikera należy u człowieka przypuścić podobne stosunki.

Tętnica szyjna dogłowowa zaopatruje jeden i drugi narząd zmysłowy. Krew żylna z całej czaszki, a więc także z gałki ocznej, wypróżnia się przez żyłę szyjną, a więc przez zatokę esowatą, pozostającą, jak wiadomo, w tak ścisłym stosunku z narządem słuchowym. Wszystkie nn. i naczynia krwionośne obu narządów są w jamie czaszkowej otoczone cieczą mózgowo-rdzeniową. Zmiany parcia w niej dają się zatem odczuć równocześnie w jednym i drugim narządzie.

Naczynia chłonne powiek i spojówek uchodzą do tych samych gruczołów, znajdujących się przed uchem i pod zuchwą, które przyjmują także drogi chłonne, idące od ucha, okoliczność, tłómacząca szereg zjawisk spółczulnych obu tych narządów.

b) Z tego, cośmy dotychczas wykazali, łatwo pojąć, że istnieją i istnieć muszą między tymi zmysłami także podobieństwa i połączenia tak fizyologiczne jak i patologiczne, a że te są nieraz bardzo ścisłe, o tem przekonywa codzienne doświadczenie na chorym i zdrowym człowieku.

Analogii w zakresie fizyologicznym dopatrujemy już w tem, że w obu zmysłach ruchy faliste powietrza, szerząc się według stałych prawideł, dostają się do obwodowych części obu narządów i stąd przenoszą się na zakończenia nerwów tj. na siatkówkę, względnie na błędnik i wywołują dzięki t. zw. energii swoistej wrażenia zmysłowe swoiste — głosu, względnie światła. Mięśnie śróduszne i rzęskowe służą do przystosowania (akomodacyi) narządu zmysłowego do różnego nasilenia bodźców zewnętrznych i wykonują tę swoją czynność przez nadanie odpowiednim częściom składowym narządu, t. j. soczewce, względnie błonie bębenkowej, potrzebnej sklepistości i napięcia. Zbyt silne światło jest bodźcem dla zwieracza źrenicy i spowodowuje jej zwężenie; odwrotnie ciemność sprawia skurcz rozszerzacza i następowe rozszerzenie źrenicy; analogicznie do tego ostry ton wywołuje skurcz m. natężacza błony bębenkowej, jej napięcie i przytępienie wrażenia słuchowego; odwrotnie rzecz się ma z m. strzemiączkowym, zwanym „podsłuchaczem“ lub „mięśniem szeptu“ (Toynbee); kurczy się on i zwalnia, napięcie błony bębenkowej przy dźwiękach cichych i słabych. Związek fizyologiczny obu narządów uwydatnia się także w synergii

mm. ocznych i śródusznych. Lucae wykazał, że m. strzemiączkowy najłatwiej wprowadzić w stan skurczu, przy współczesnym skurczu pojedynczych części twarzy, a głównie mięśnia okrężnego *(m. orbicularis)*.

Oba narządy służą do utrzymania równowagi ciała, jako narządy statyczne w pewnem znaczeniu i mogą się w tej czynności do pewnego stopnia wzajemnie uzupełniać i zastępować. Zdolność odróżnienia różnych barw jest analogiczną do pojęcia różnych tonów. Ta zdolność i to pojęcie mają swoją granicę. Najniższy słyszalny ton ma 16—40, najwyższy 38.000—40.960 wahań w sekundzie; tonów, których liczba fal jest wyższa lub niższa, niż tu podane granice, człowiek nie słyszy, podobnie jak nie widzi pewnych barw na skraju tęczy. Pole widzenia odpowiada polu słyszenia; dodatnie obrazy następcze słuchowe odpowiadają takimże obrazom wzrokowym i t. p.

c) Pod względem klinicznym podobieństwo tych narządów uwydatnia się 1) w analogii spraw chorobowych i 2) w równoczesnem występowaniu chorób obu narządów. Co do 1) choroby ucha zewnętrznego porównano z chorobami brzegów oczodołów; choroby jamy bębenkowej, trąbki Eustachiusza i wyrostka sutkowego – z chorobami worka spojówkowego, przewodu nosowo-łzowego i jam pobocznych: szczękowej, klinowej i sitowej; różne postacie zapalenia rogówki — ze zmianami na wewnętrznej ścianie jamy bębenkowej i na wzgórku, wreszcie zmiany na okienkach błędnika — ze zmianami z zakresie źrenicy. Schorzeniom jagodówki odpowiadają zmiany okostnej przedsionkowej z następowem zniekształtnieniem narządów sąsiednich, zrostem strzemiączka, uchyłków i okienek. Podobną analogię okazują cierpienia końcowych narządów nerwowych, t. j. n. wzrokowego i słuchowego. Także objawy chorób jednego zmysłu odpowiadają często objawom zajęcia drugiego: niedowidzeniu odpowiada niedosłyszenie, widzenie podwójne, słyszeniu podwójnemu. Burnet[2]) porównywa swój przypadek słyszenia podwójnego z widzeniem podwójnem, występującem przy zezie. „Diplacusis dysharmonica“, jako skutek różnej bystrości słuchu w obu uszach odpowiada dwuwzroczność, będąca wynikiem niejednakiej akomodacyi lub refrakcyi w obu oczach; daltonizm odpowiada lukom tonów, brakom słuchowej wrażliwości dla muzyki, fałszywemu słyszeniu kierunku głosu *(paracusis loci)*; mroczki migocące odpowiadają szmerom śródusznym; zmętnienie ciałka szklanego — szmerom towarzyszącym stwardnieniu (sklerozie) narządu usznego; szczelina w oku *(coloboma)* takiejże szczelinie w uchu; ubytki w stropie jamy bębenkowej takimże ubytkom w jamie oczodołowej. Krótki wzrok ma swoją analogię w zaburzeniach równowagi ucha środkowego i wewnętrznego, np. w niedrożności i zamknięciu trąbki; presbyopia, t. j. zmiany w bystrości wzroku z powodu podeszłego wieku, odpowiada analogicznym zmianom bystrości słuchu z tego samego powodu, t. j. presbyakusyi; łukowi starczemu rogówkowemu — łuk starczy na błonie bębenkowej; przyczepinom w przedniej komórce ocznej — przyczepiny ze zrostami w jamie bębenkowej i w okienkach błędnika; wybroczynom w przedniej komórce oka *(hyphaema)* — wybroczyny w jamie bębenkowej *(haemato-tympanon)* krwawieniu w siatkowce, zapalenie błędnika (Voltolini'ego); oderwaniu siatkówki — uszkodzenie błędnika przy pęknięciu podstawy czaszki, nagłemu oślepnięciu, spowodowanemu jaskrawymi bodźcami świetlnymi — ogłuchnięcie wskutek silnego wrażenia słuchowego (wybuch); jaskrę porównują z głuchotą postępującą pewnych zawodowców, zatrudnionych wśród częstego działania wysokich dźwięków, jak się zdarza u kotlarzy, maszynistów, konduktorów i t. d. (Rohrer *l. c.*). Mnie się zdaje, że snadniej porównaćby należało uszne choroby zawodowe z cierpieniami oczu u zawodowców, zajętych wśród działania jaskrawego światła, prowadzącego do spraw zapalnych i do zwyrodnienia n. wzrokowego; zapaleniu błędnika odpowiada zapalenie siatkówki; krwawienie w siatkówce — chorobie Menierea, zaburzenie równowagi w błędniku — objawom niedomogi ocznej *(asthenopia)*; zaburzenia refrakcyjne i akomodacyjne zmianom w błonie bębenkowej i w okienku owalnem. Przez zgrubienie i zesztywnienie błony bębenkowej i więzadła pierścieniowatego w okienku owalnem działanie mm. natężacza błony bęb. i strzemiączkowego, jak również zdolność przewodzenia fal głosowych, stają się niesprawnemi podobnie do niesprawnej akomodacyi przy sztywności, lub stwardnieniu soczewki i do nieprawidłowej refrakcyi w zmianach soczewki i rogówki. Podobna analogia zachodzi między zaburzeniami ruchowemi (skurcze, porażenia) mm. śródocznych a śródusznych, ropotokiem ocznym a ropnem zapaleniem ucha środkowego, między *panotitis* a *panophalmitis*. Powikłania śródczaszkowe zdarzają się także, aczkolwiek rzadziej, w chorobach ocznych, niż w następstwie chorób usznych. Analogicznie do tarczy zastoinowej w przypadkach wzmożonego ucisku śródczaszkowego przy nowotworach mózgu mamy naciek limfatyczny z tej samej przyczyny na obwodowym końcu n. słuchowego[3]). Analogicznie do przeczulicy słuchowej, przyczem chorzy gorzej słyszą dźwięki głośne, a raczej doznają przez nie nieprzyjemnego wrażenia, lepiej zaś rozumieją mowę i dźwięki mniej głośne, mamy objaw występujący przy ujemnych ośrodkowych mroczkach *(Centrales negatives Skotom)*, przyczem chorzy w dobrem oświetleniu dziennem gorzej widzą, niż w zmierzchu, jak wogóle przy częściowym zaniku n. wzrokowego. „Diplacusis echotica“ polega według Urbantschitscha[4]) na wolniejszem i późniejszem wystąpieniu wrażenia słuchowego (Anklingen) na jednem uchu niż na drugiem, objaw spostrzegany także w zakresie wrażeń wzrokowych. Mamy omamy wzrokowe i słuchowe i t. d. Analogij podobnych jest więcej; poprzestajemy jednak na przedstawieniu najważniejszych i najwięcej uderzających. (C. d. n.).

III. **Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.**

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał

Dr. Leonard Bier

adjunkt zakładu.

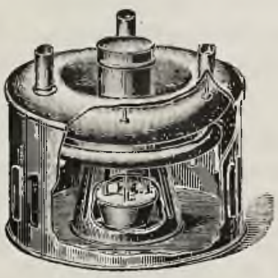
(Dokończenie).

Pracę moją uzupełniam rycinami i opisem przyrządów odkażających Scheringa, Prausnitza i Flüggego, oraz przyrządów odwaniających.

„Aeskulap kombinowany“ Scheringa składa się z lampki spirytusowej, ponad którą znajduje się kominek z blachy emaliowanej, posiadający u góry koszyczek, w którym mieszczą się pastylki paraformaldehydu, zamieniające się pod wpływem ogrzania na formaldehyd gazowy. (Ryc. 1)

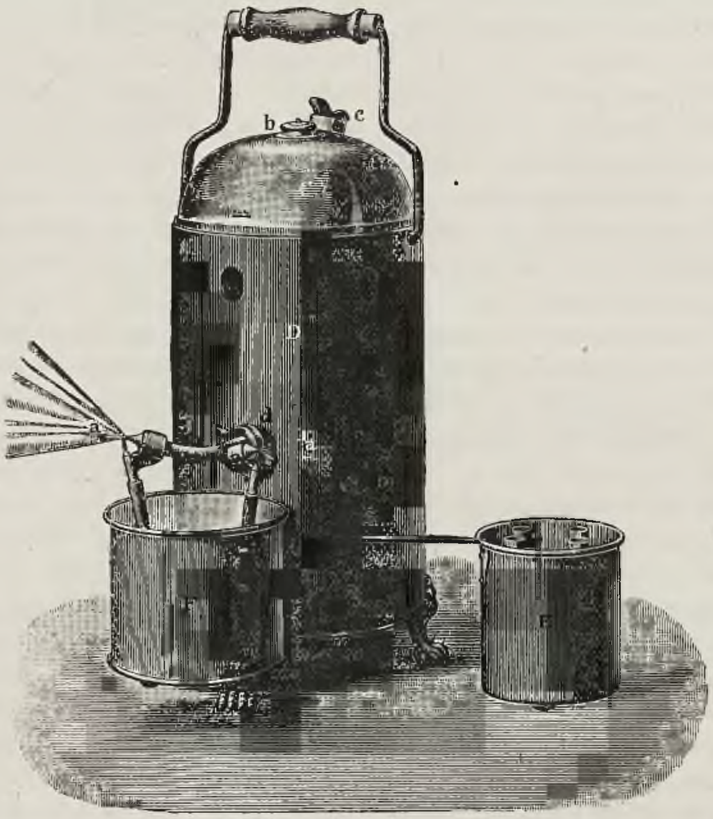


Ryc. 1.



Ryc. 2.

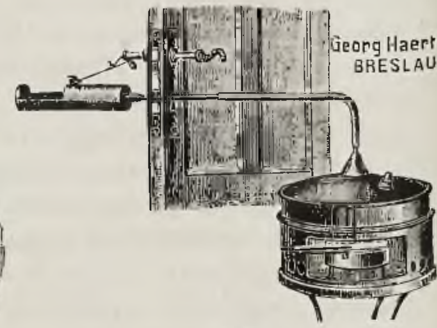
A.



Ryc. 3.

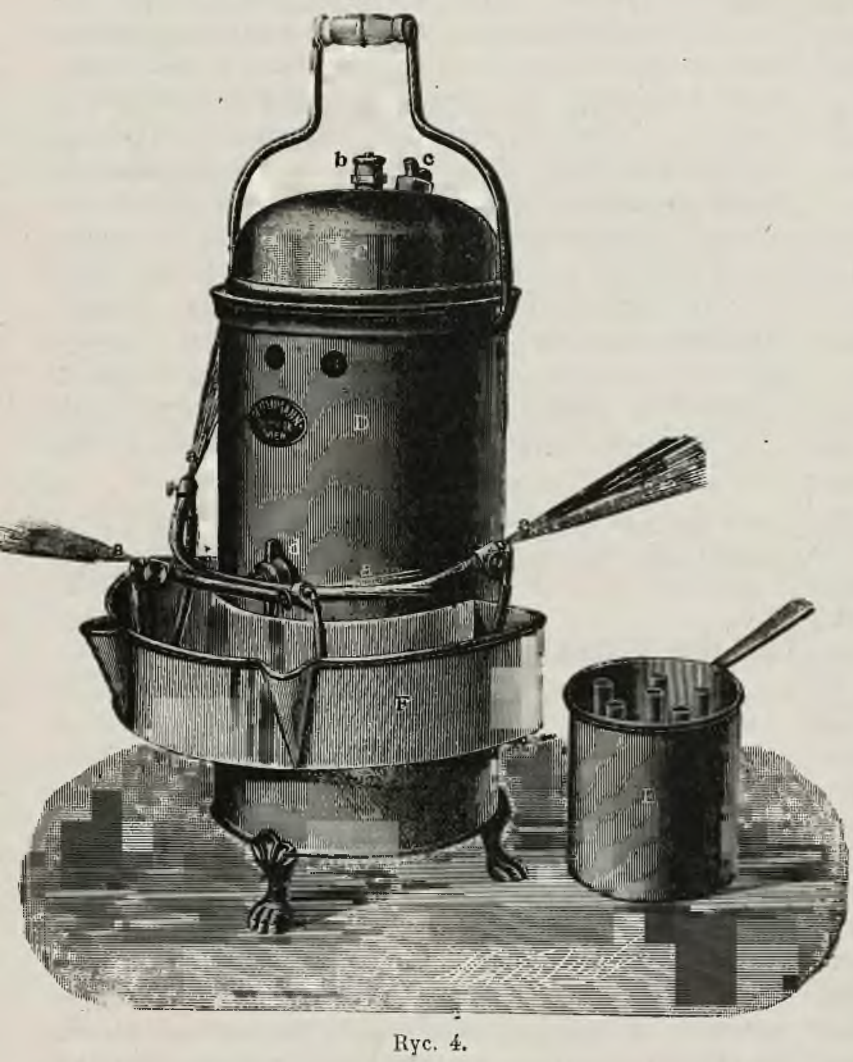


Ryc. 5.

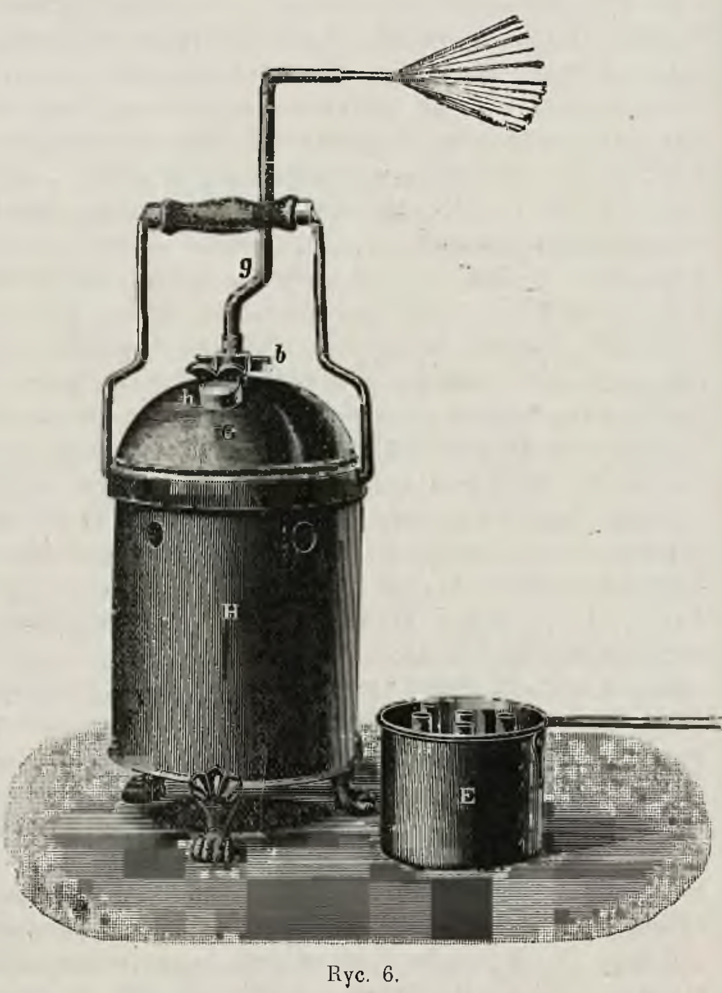


Ryc. 7.

B.



Ryc. 4.



Ryc. 6.

Wokolo kominka biegnie okrężnie rynienka dla wyskoku, ponad którą znajduje się zbiornik na wodę z blachy miedzianej w postaci pierścienia, mający cztery otwory, przez które para uchodzi na zewnątrz. Całość ta, t. j. lampka i rynienka na wyskok, kominek i zbiornik na wodę są otoczone płaszczem z blachy emaliowanej, na który nakłada się pokrywę z takiejże blachy. (Ryc. 2.). Obsługa przyrządu, jak z ryciny i opisu wynika, przedstawia się bardzo prosto. Przyrząd ten objąć może najwyżej 250 pastylek.

Przyrząd Prausnitza składa się z kotła z blachy miedzianej, opatrzonego wentylem, z którego wychodzą dwie rurki, które przeszedłszy przez palenisko wyskokowe, łączą się w jedną, by zaraz się znowu rozdzielić na dwie, względnie na cztery rurki, (zależnie od wielkości przyrządu) zakończone małymi otworkami. Na końcach tych rurek uczepione są na wzór przyrządów do wdychiwań rurki w części metalowe, w części gumowe, służące do aspiracyi i rozpylania przez poziomo wychodzącą rurkami pierwszemi parę formaliny, znajdującej się w zbiorniku, przyczepionym do kociołka. Model *A* (Ryc. 3.) przyrządu tego, wyrabiany przez firmę Baumanna w Wiedniu (VIII. Florianigasse, 11), wystarcza do odkażania przestrzeni 100 m³, model *B* (Ryc. 4), dla przestrzeni większych, do 200 m³. — Przyrząd Flüggego (Ryc. 5.) przedstawia się jako płaski zbiornik miedziany z dwoma otworami, z których jeden znajduje się w środku górnej, nie dającej się zdejmować, pokrywy i służy dla uchodzącej pary wodnej i formaldehydu, drugi, zamykamy śrubą, do wypełnienia wodą i formaliną, oraz wylewania pozostającej zawsze po dokonaniu odkażania reszty mieszaniny wody i formaliny. Kociołek ten opiera się na płaszczu z blachy, a ogrzewa go wyskok, znajdujący się w naczyniu opartem o trzy wystające od wewnętrznej strony płaszcza podpory blaszane. Przy odkażaniu przestrzeni o pojemności powyżej 150 m³ potrzeba 2 przyrządów.

Do odwaniania amoniakiem istnieją w handlu dwa przyrządy. Firma Scheringa (Berlin N. Müllerstrasse 170/171) i firma G. Haertla w Wrocławiu (Albrechtstrasse), wyrabiają przyrządy pomysłu Flüggego, którego wzór przedstawia ryc.7.

Jest to zwykły zamknięty kociołek płaski z rurką u góry, odprowadzającą parę amoniaku przez rurkę gumową i mosiężną lub miedzianą; ogrzewa się go zapomocą wyskoku. Na tej samej zasadzie zbudowany kociołek, nieco jednak odmienny w kształcie, wyrabia dla przyrządów odkażających Prausnitza, firma Baumanna. (Ryc. 6).

W ostatnim czasie do zbioru wymienionych przyrządów odkażających przybył jeszcze przyrząd pomysłu słuchacza med. p. Alex. Zarewicza, wyrabiany przez firmę Jarry w Krakowie. Badania rozpoczęte nad działalnością tego przyrządu, pozwalają przypuszczać, że odda on równie dobre usługi, jak przyrządy wyżej wymienione. O wartości jego, oraz o bliższych warunkach działania nie omieszkam donieść czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“.

IV. Przedziurawienie na wylot klatki piersiowej kołkiem z płotu, wyzdrowienie.

Podał

Dr. Julian Jastrzębski.

Pragnę podzielić się z czytelnikami „Przeglądu lekarskiego“ opisem przypadku, który chyba do bardzo rzadkich zaliczyć należy.

Hryć Tymków z Tomaszowic, lat 8 liczący, chcąc wybrać ptaszki z dziupli w wysokiej wierzbie, spadł dnia 8. sierpnia 1897 r. z wysokości około 2-metrowej, licząc od szczytu płotu, na dębowy kół, wystający z płotu, tak nieszczęśliwie na plecy, że kół ten ostro zakończony, a w niższej swej części mający 19 ctm. obwodu, przebił mu klatkę piersiową, wchodząc w nią tuż pod dolnym kątem łopatki lewej, a wyszedł z przodu klatki piersiowej w 3-im przestworze międzyżebrowym, około 5 ctm. na lewo od środkowej linii mostka; został zatem przebity kołem, jak owad szpilką.

Chłopiec ten został ściągnięty z tego kołka zapomocą podniesienia za ręce do góry przez drugiego również jak on małego chłopca. Po chwilowym wypoczynku na ziemi — poszedł sam do domu odległego o jakie 100 kroków. Domownicy, dowiedziawszy się, co się stało, obwinęli go mokrem prześcieradłem i posłali po lekarza.

W trzy godziny po wypadku znalazłem tętno pełne, mocne i nieco przyspieszone; oddechanie również było nieco częstsze. Z początku swobodne wejrzenie lekko zaczerwienionej twarzy zaczęło się zmieniać na trwożne, a skóra twarzy poczęła sinieć. Spostrzegłszy tę zmianę, odsunąłem ostrożnie prześcieradło, najprzód z tyłu. Tu zobaczyłem ranę w skórze, sięgającą od wewnętrznej strony dolnego końca łopatki lewej prawie do linii pachowej tylnej, o brzegach poszarpanych, strzępiastych, a z niej wypadającą z pomiędzy nieuszkodzonych żeber część płuca o powierzchni nieuszkodzonej, gładkiej i lśniącej. Rana ta na 7 ctm. długa, poprzeczna, rozszerzała się przy każdym wdechu. Po sprawdzeniu ręką, wymytą w wodzie sublimatowej, że płuco i opłucna żebrowa w kierunku obu ran nie zostały przebijającym kołkiem uszkodzone, przepłókałem przez ranę w czasie wydechu przestrzeń opłucnowo-żebrową rozczynem sublimatowym, zapomocą balonu, którego kauczukowe ujście wsunąłem głęboko w ranę. Rozczyn ten w czasie wdechu, a więc wtedy, kiedy płuco wypełniało całą przestrzeń klatki piersiowej, został przez płuco wydalony, a powierzchnia tylna płuca została opłókana i niejako odkażona. Oczyściwszy w ten sposób płuco parę razy, zaszyłem ranę skórną pięcioma szwami i pokryłem gazą jodoformową i watą; przystępując do przepłókania rany z przodu, kazałem podtrzymywać ten opatrunek ręką przez szmatę umoczoną w sublimacie, poczem zaszyłem i tę ranę i zamknąłem ją w czasie głębokiego wdechu, w chwili, kiedy powietrze z przestrzeni opłucnowej zostało przez rozdęte płuco wydalone. Na tej ranie położyłem opatrunek antyseptyczny podobny do pierwszego i teraz dopiero otoczyłem klatkę piersiową opaską organtynową miękką.

W czasie tej czynności pacyent podtrzymywany siedział. Sinica na twarzy bardzo się wzmogła, ale po założeniu opatrunku, zwłaszcza już po zamknięciu ran, zwolna poczęła ustępować, a tętno dochodziło do 110 uderzeń na minutę, było pełne. Ciepłoty ciała nie badałem.

Opatrunek pozostawiłem przez trzy dni. W dniu 12. sierpnia ciepłota wynosiła 39°C., a tętno szybkie 110 uderzeń, przytem lekka sinica. Opatrunek zdjąłem ostrożnie. Brzegi rany z tyłu zlepione, z przodu szwy puściły, a z rany wydziela się ciecz żółtawa, nie cuchnąca. Przez tę ranę przestrzyknąłem przestrzeń opłucnową i na nowo założyłem opatrunek na dwa dni, a po upływie tego czasu znów przepłókałem opłucnę. W dniu 16. sierpnia tętno wynosiło 120 uderzeń słabych, sinica była lekka, ciepłota 39°C. Z rany przedniej wydobywa się znaczna ilość cieczy żółtawej, która w czasie wdechu obficie wypływa. Aby ją wydalić, przestrzykałem po kilka razy jamę opłucnową, wsuwając przez rane kauczukową miękką rurkę balonu. Napływ cieczy wywołuje lekki ból, mimo to przepłókuję codziennie przez dalsze 14 dni, przyczem spostrzegam, że ilość wydzieliny codziennie się zmniejsza, a rana pod łopatką w tym czasie spoiła się się zupełnie. W przeciągu 4-go tygodnia rana przednia przedstawiała już tylko otwór średnicy ołówka, ale wydzie-

lina zawsze jeszcze wydobywała się z tego otworu, chociaż z dnia na dzień w skąpszej ilości.

Ponieważ czas leczenia wydawał się matce chorego już zbyt długim, a chłopaka o żywym temparamencie cały ten proceder także już niecierpliwił i z tego powodu okazywali niechęć do dalszego leczenia, przeto około 5. września odwiedziłem chorego ostatni raz, a następnie musiałem go pozostawić własnemu losowi. W dniu tym ciepłota była prawie prawidłowa, a tętno zupełnie prawidłowe.

W kilkanaście dni później przybyłem jeszcze raz do niego, ale tylko po to, aby zobaczyć z daleka, jak szybko uciekał w pole przed lekarzem. Matka o tyle tylko mi rzecz wyjaśniła, że choremu jeszcze trochę wypływa z rany, ale otwór rany jest mały, jak od ukłócia szydłem, który wreszcie w październiku całkowicie się zagoił, a chłopiec zdrowy uczęszcza do szkoły. W następnym roku w czasie szczepienia dzieci w szkole miałem sposobność obejrzeć blizny tego chłopca, gładkie, brudno-białe, a jego samego znalazłem w najlepszem zdrowiu.

V. Wyciągi.

K. Bauer. **O znaczeniu t. zw. „miejscowych toksyn“ w posocznicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 13). Nowsze spostrzeżenia chirurgów przemawiają przeciw przypisywaniu wielkiej doniosłości znachodzenia koków ropnych we krwi. Tak np. wczesne odjęcie zajętej kończyny mimo dużej ilości koków ropnych we krwi sprowadza rychłe wyleczenie.

Aby to wytłomaczyć, należy: *a*) oznaczyć na zwierzętach działanie bakteryj, wprowadzonych do obiegu krwi; *b*) oznaczyć działanie toksyn bakteryj; *c*) oznaczyć działanie t. zw. „toksyn miejscowych“, powstających w miejscu zakażenia.

Ad a) Doświadczenia wykazały, że nasze dotychczasowe sposoby badania krwi są niedostateczne, zwłaszcza badanie krwi na agarze skośnie ściętym, albowiem krew działa upośledzająco na rozwój bakteryj. Najlepsza metoda polega na zmięszaniu dwóch części krwi z jedną częścią 1% cukru gronowego, pozostawieniu mięszaniny w cieplarce i wylaniu płyt w dniu następnym. W ten sposób przekonano się, że ilość bakteryj u chorego na posocznicę jest 25—30 razy mniejszą, aniżeli potrzebną jest ilość bakteryj w celu wywołania posocznicy u zwierząt. Jeżeli się zaś wprowadzi zwierzęciu ilość bakteryj, odpowiadającą stosunkom w posocznicy u człowieka, to po 10-ciu, najpóźniej 20-tu godzinach po wstrzyknięciu, nie można już wykazać we krwi żywych bakteryj, a zwierzęta zdrowieją pomału. Następowych przerzutów nie można stwierdzić.

Ad b) Stwierdzono, że jady (toksyny) bakteryj nie działają w posocznicy swoiście, albowiem, ażeby wywołać zapomocą jadu nawet nieznaczne schorzenie, trzeba użyć tak dużych ilości hodowli, jakich się w praktyce nigdy w ustroju zakażonym nie spotyka.

Znaczenie więc tak bakteryj, jakoteż ich jadów jest małe.

Ad c) Najważniejszą rolę odgrywają t. zw. toksyny miejscowe, uzyskane częściowo z ropy, częścią z tkanki zakażonej człowieka, względnie zwierząt. Tkanki zakażone suszono, mielono, dla zabicia bakteryj napajano kilkakrotnie chloroformem, a następnie mięszano z wodą z dodatkiem chlorku sodu. Uzyskiwano czysty płyn, zupełnie jałowy.

Doświadczalnie stwierdzono, że w ten sposób przygotowana tkanka ludzka i zwierzęca nie wywiera wcale wpływu szkodliwego na ustrój zwierzęcy; natomiast płyn, uzyskany z zakażonych części ciała, wstrzyknięty podskórnie, wywoływał obrzęk szybko postępujący prawie w całej kończynie, a ustępujący po kilku dniach wśród objawów lekkiego schorzenia zwierzęcia.

Jeżeli do tkanki obrzękłej wstrzyknięto choćby małą ilość koków ropnych, występowało ropienie i zwierzęta ginęły, podczas gdy zwierzęta kontrolne, szczepione tą samą ilością bakteryj, okazywały tylko nieznaczne miejscowe ropienie. Sekcya zwierząt padłych wykazywała bakterye we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów i własności trujące krwi nawet po zabiciu bakteryj. Jeżeli „miejscowe toksyny“ wstrzyknięto do obiegu krwi, zwierzęta ginęły po 2—3 dniach wśród objawów posocznicy, a sekcya wykazywała brak bakteryj we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów, własności wysoce trujące krwi dla innych zwierząt.

Jeżeli się przez podskórne wstrzyknięcie koków ropnych wywoła u zwierząt ropówkę, krew okazuje się jałową; skoro tylko jednak takim zwierzętom wstrzyknie się do obiegu krwi „toksyny miejscowe“, można po 20—30 minutach wykazać bardzo liczne bakterye we krwi. W tych przypadkach musiały być bakterye już poprzednio we krwi, ale bakteryobójcza własność krwi przeszkadzała w ich wykazaniu; skoro tylko jednak tę własność krwi porażono przez „miejscowe toksyny“, wykazać można było bakterye we krwi.

Ciężkie objawy posocznicy można wywołać przez same „miejscowe toksyny“.

Antytoksyny działają tylko nieznacznie przy szczepieniu bakteryj wprost do krwi; natomiast okazały się zupełnie bezskutecznemi przy szczepieniu zwierząt toksynami miejscowemi. Tak u człowieka, jak i u zwierząt antytoksyny są bezskuteczne, albowiem się zwracają przeciw bakteryom i ich toksynom, które w posocznicy odgrywają tylko podrzędną rolę. Obecność bakteryj we krwi świadczy tylko o stopniu zatrucia krwi toksynami miejscowemi.

Tylko leczenie rany zakażonej miejscowe elektrolizą oddaje znaczne usługi, sporządzanie jednak odpowiednich przyrządów napotyka na wielkie trudności. *Dr. Kędzior* (Kr. kl. l.).

Sommer. **O związku przypadłości dyspeptycznych ze schorzeniem rodnych części niewieścich.** (*Centralbl. f. innere Med.* 1902, Nr. 9). Przedmiotem badania było 23 przypadków chorób niewieścich, w przeważnej części tyłozgięcie macicy i sprawy pozapalne w okolicy trąbek i jajników kobiet, z pośród których większość okazywała w wyższym lub niższym stopniu objawy choroby Glenarda. Obecność objawów dyspeptycznych stwierdzał autor bądźto na podstawie wywiadów (!), bądź też na podstawie spostrzegania klinicznego. Badanie kliniczne przypadków tych wskazywało w przeważnej liczbie nadmierne wydzielanie HCl. W reszcie przypadków wydzielanie HCl było prawidłowe, a w każdym razie nie przekraczało granicy fizyologicznej. Wyprostowanie macicy nie wpływało na stosunki wydzielnicze żołądka. (Spostrzeżenia te potwierdzają zapatrywania szkoły krakowskiej, że nadmierne wydzielanie HCl w pokaźnej liczbie przypadków jest przyrody odruchowej i nerwowej, a jest rzeczą powszechnie znaną, że choroby części rodnych kobiecych wpływają ujemnie na układ nerwowy). *E. K.* (Kr. kl. l.).

Weber. **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 6, 1902). W żadnym przypadku niedrożności jelit nie jest atropina przeciwwskazaną: w przypadkach skręcenia (volvulus), wewnętrznego i zewnętrznego uwięźnięcia, — które zresztą zawsze powinny być leczone drogą chirurgiczną, — usuwa atropina przedewszystkiem bóle, nadto pociąga za sobą po operacyi obfite wypróżnienie. Niedrożność jelit występującą czasami po laparotomii, lub po herniotomii; należy zawsze leczyć atropiną, a nie makowcem, chyba gdy się ma do czynienia ze skręceniem lub uwięźnięciem. W przypadkach zapaleń okołokątniczych (*perityphlitis*) należy przynajmniej dla próby zastosować atropinę.

Sprawę dawkowania atropiny rozwiązuje autor w następujący sposób: w przypadkach, w których poprzednio stosowano makowiec, można śmiało wstrzyknąć pod skórę 0·005 atropiny; — ta dawka w większości przypadków wystarczy, aby po 10—12 godzinach usunąć niedrożność. Jeżeli mimoto objawy niedrożności się utrzymują i brak znamion zatrucia, wówczas należy po raz wtóry wstrzyknąć 0·005 atropiny. Chorego, u którego atropina w ilości 0·01 w ciągu 24 godzin pozostała bez skutku, należy oddać bezzwłocznie w ręce chirurga; — w przypadkach niedrożności, w których makowca poprzednio nie podawano, wstrzykuje autor 0·002 atropiny, a po 12-tu godzinach drugą dawkę w ilości 0·005.

Postępowanie, zalecone przez Moritza, a zasadzające się na podawaniu *per os* kilku (6—8—10) dawek wilczej jagody (*belladona*) po 0·015 w przerwach 4—6 godzinnych, autor zarzuca raz dlatego, że przy istniejących wymiotach środek ten nie może należycie skutkować, a powtóre działanie jego jest samo przez się niepewne z powodu rozmaitej zawartości atropiny.

Dr. Pisek (Podgórze).

Cramer. **O szczególnym swoistym stanie moczu podczas drgawek i mocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1902, Nr. 3). W trzech przypadkach ciężkiej mocznicy, zakończonej śmiercią, mocz miał zabarwienie mleczne i zawierał dużą bardzo ilość białka. Zmącenie to pochodziło od maleńkich ruchomych kuleczek, które przy staniu opadały i mocz się wyjaśniał. Były to kuleczki białka, które zatykając kanaliki nerkowe, sprowadzały zmniejszenie się wydzieliny i pogorszenie stanu chorobowego. *P.*

Tengler. **Przypadek dostania się powietrza do żył macicznych w połogu z zejściem śmiertelnem.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 5). W pół godziny po ręcznem wyjęciu łożyska nastąpiła śmierć. Sekcya wykryła w sercu krew pienistą i taką samą w żyłach, odchodzących od macicy; przyczyną więc śmierci było dostanie się powietrza do żył bądź podczas

wprowadzania ręki do macicy, bądź podczas odklejania łożyska, bądź też wyjmowania go na zewnątrz. Aby uniknąć podobnych przypadków, radzi autor, aby zawsze, kiedy ma się wchodzić ręką do jamy macicy, a zwłaszcza przy łożysku przodującem, wstrzyknąć do pochwy trochę rozczynu fizyologicznego soli kuchennej; płyn ten chronić będzie przed dostaniem się powietrza, a sam, jeżeli się do żył nawet dostanie, to działać będzie tylko korzystnie, a nie szkodliwie. *P.*

Friedmann. **Ocenianie dobroci mleka kobiecego według obrazu drobnowidowego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 4). Dla celów praktycznych ocenić można wartość mleka według obrazu drobnowidowego, t j. po ilości i jakości znalezionych pod drobnowidem kuleczek tłuszczu. W mleku dobrem, po którem dziecka przybywa na wadze, całe pole widzenia zapełnione jest średniej wielkości kuleczkami tłuszczu. Jeżeli pomiędzy kuleczkami średniej wielkości będzie w polu badania do 25 kuleczek dużych, to mleko takie jest tłuste i ciężko strawne dla noworodka. Przeciwnie, jeżeli znajdziemy kuleczki maleńkie, a małą tylko ilość kuleczek średnich, to mleko takie jest chude i nie pożywne. Badania mleka należy przeprowadzać w $^1/_2$—1 godziny po karmieniu; przed wzięciem na szkiełko, trochę pokarmu trzeba zestrzyknąć i zawsze badać z obu piersi, skład bowiem mleka w każdej piersi może być inny. *P.*

Weissmayr. **Apteczne i objawowe leczenie gruźlicy płuc.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 8 i 9, 1902). Dla lepszego przeglądu podzielił sobie autor całą pracę na trzy części: w pierwszej omawia leki chemiczne; w drugiej seroterapię i stosowanie wytworów, uzyskanych z hodowli drobnoustrojów; trzecia wreszcie część odnosi się do leczenia czysto objawowego. Co się więc tyczy przetworów chemicznych, — a nimi się Weissmayr zajmuje w niniejszej rozprawce, — niema prawie dnia, któryby nie przyniósł wieści o jakimś nowym rzekomo „swoistym“ leku przeciw gruźlicy, zarówno jak i niema drogi, przez którąby nie starano się wprowadzić środków leczniczych do ustroju: jeśli podawanie przez usta nie skutkowało, stosowano przez odbytnicę, w innych znów przypadkach podskórnie, albo w postaci wcierań, lub wreszcie jako wstrzykiwanie śródmięśniowe, albo do żył. Wspomnieć także należy o wziewaniach, wstrzykiwaniach do tchawicy, o elektryczności, dalej o stosowaniu nadmiernego gorąca i zimna (*Crymotherapia*), ostatecznie o leczeniu światłem w ogólności, a niebieskiem światłem i promieniami Röntgena w szczególności.

Wśród przetworów chemicznych zajmował kreozot od długiego szeregu lat pierwszorzędne stanowisko, bądź to w postaci pigułek (Jasper), bądź też kapsułek żelatynowych w połączeniu z 0·10 gr. tranu; — dziś są w powszechnem użyciu przetwory pochodne kreozotu, jak duotal, tiokol i sirolina. Nie tu miejsce pisać o budowie chemicznej duotalu; dość powiedzieć, że jest to proszek bez smaku i zapachu, który można przez czas dłuższy chorym podawać, nie wywołując żadnych szkodliwych następstw ubocznych, — a są to okoliczności, które wielce za tym przetworem przemawiają. Wprawdzie po stosowaniu duotalu nie da się wprost stwierdzić poprawy stanu przedmiotowego; ale jeśli się zważy, że środek ten znakomicie podnosi łaknienie, natenczas zrozumieć łatwo, że może być potężną dźwignią w całem postępowaniu leczniczem. To samo da się powiedzieć o tiokolu, sirolinie i sulfosotsyrupie; ostatni ma jeszcze tę dodatnią stronę, że jest o wiele tańszy, aniżeli sirolina. Do grupy tych środków należy jeszcze guajasanol, którego Einhorn podaje do 12 grm. dziennie w proszku lub płynie, — ma podobno szybko wstrzymywać biegunkę pochodzenia gruźliczego. Pamiętać jednak trzeba, że już po małych dawkach guajasanolu można stwierdzić nawet u zdrowych diazoodczyn — objaw, który wielu badaczy uważa za niepomyślny prognostyk. Inne przetwory, jak *ichthosot, ichthalbin, ichthoform* znajdują szersze zastosowanie jedynie w gruźlicy przewodu pokarmowego.

Renaut i Gautier posługiwali się w leczeniu gruźlicy kwasem kakodylowym w dawkach 0·10—0·20 przez odbytnicę lub podskórnie; wyniki nie bardzo zachęcają do dalszych prób. Nie lepsze skutki otrzymali Alexander, Criegern, Kobert i inni z wstrzykiwań olejku kamforowego (metoda Alexandra), przyczem wspominają, że środek ten jest przeciwwskazany u chorych skłonnych do krwotoków; — również niewiele obiecywać sobie można z wdychiwań lub wstrzykiwań do tchawicy rozczynów olejków eterycznych. W ostatnich czasach poczęto gorączkowo stosować metodę Landerera, polegającą — jak wiadomo — na wstrzykiwaniu hetolu, czyli kwasu cynamonowego; na podstawie własnego doświadczenia uważa autor tę metodę jedynie jako czynnik pomocniczy w całem lekowaniu. W tem miejscu wspomnieć się godzi o stałych okładach alkoholowych Hoffa, termoterapii i autotransfuzyi Jacobyego (nizkie ułożenie okolicy gruźlicą zajętej), zabiegach, mających na celu sprowadzenie przekrwienia, które ma gojąco wpływać na sprawę gruźliczą. Również i stosowanie organoterapii w gruźlicy znalazło zwolenników — Krebs np. twierdzi, że *achylia gastrica* u suchotników zawdzięcza swe powstanie zwyrodnieniu gruczołu tarczykowego, spowodowanemu przez jady (toksyny) prątków gruźliczych; wobec tego podaje w nadających się przypadkach 5% rozczyn owego gruczołu w dawkach 0·50—1 grm. wewnętrznie lub podskórnie. Na jakie zaś krańcowe pomysły badacze wpadają, świadczy fakt, że niektórzy chcą leczyć gruźlicę przez podawanie proszku, otrzymanego z roztartego płuca, albo też soku płucnego (opoterapia). Szersze zastosowanie znalazł formaldehyd, bądź to w kształcie wcierań (Nietner, Lardener-Green), bądź też w postaci wstrzykiwań (1: 2000); — u 70 chorych, w ten sposób leczonych, nastąpiła widoczna poprawa.

Z wielkim rozgłosem wprowadzono w szeregi tych wszystkich środków modyfikacyę formaliny pod nazwą „igazol“ (Cervello, Ehrenfeld, Preisach), doświadczenia atoli okazały, że „igazol“, jest co najwyżej środkiem wykrztuśnym. W końcu nadmienić należy o zomoterapii, t. j. leczeniu surowem mięsem, a względnie podawaniu soku mięsnego, — lecz i tutaj spostrzeżenia stwierdziły, że mamy do czynienia więcej z przetworem dyetetycznym, aniżeli środkiem przeciwgruźliczym. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Lejars. **O różniczkowaniu ropomoczu pochodzącego z pęcherza lub z miedniczek nerkowych.** (*Sem. medicale* 1902, Nr. 13). Niezawsze łatwo możemy rozstrzygnąć pytanie, czy znachodzenie się ropy w moczu należy odnieść do pęcherza, czy też do miedniczek nerkowych. W niektórych przypadkach cierpień nerkowych (rak, torbiel, kamica nerkowa) inne objawy ułatwić nam mogą rozpoznanie; jeżeli jednak tych braknje, sprawa staje się trudną. Dawniej uważano obfite wydzielanie mętnego moczu za klasyczny i niezawodny objaw zapalenia miedniczek nerkowych; dziś wiemy, że zdarza się ono również w przebiegu zastarzałego nieżytu pęcherza o głębokiem zakażeniu ścian i obfitem ropieniu.

Bouchard podał odczyn, znamienny według niego dla ropy pochodzenia nerkowego. Do probówki z badanym moczem dodaje się kilka kropel rozczynu Fehlinga aż do otrzymania zielonawego zabarwienia. Jeżeli potrząśniemy kilka razy probówką, bańki powietrza, zamiast zbierać się na powierzchni, jak w moczu czystym, utworzą zawiesinę, poniekąd uwięzione obecnością ropy. Wtedy ogrzewamy probówkę, nie doprowadzając jednak zawartości do wrzenia; pod wpływem wysokiej ciepłoty tworzy się rodzaj miazgi, zamykającej bańki powietrzne. Miazga ta, podobna do ropnych plwocin, zbiera się na powierzchni płynu. Według innych badaczy odczyn ten może mieć wartość ze względu na wykrycie zakażenia ropnego, jednak nie pozwala nam sprawy zapalnej odnieść do pewnego miejsca: nieżyt pęcherza, a nawet cewki moczowej, jak również mocz sztucznie uczyniony ropnym, mają dawać ten sam odczyn.

G. Rosenfeld z Wrocławia wskazuje na trzy główne punkty rozpoznawcze: oddziaływanie moczu, kształt leukocytów i ciałek czerwonych, zawartych w ropie, i co najważniejsze, stosunek między jakością ropy a ilością białka zawartego w moczu.

Co się tyczy pierwszego punktu, to wiadomo nam dzisiaj, że w przypadkach zajęcia miedniczek nerkowych oddziaływanie moczu jest kwaśne. Nie można na odwrót twierdzić, aby oddziaływanie było zawsze zasadowe w nieżycie pęcherza, gdyż w zapaleniu pęcherza gruźliczem lub wywołanem kamicą pęcherzową, mocz pozostaje kwaśnym. W każdym razie obecność moczu ropnego, nie oddziaływującego kwaśno, pozwala nam wykluczyć niepowikłane zapalenie miedniczek nerkowych.

Ciałka białe o zarysie okrągłym, regularnym pochodzą przeważnie z pęcherza; w razie obecności leukocytów o kształcie nieprawidłowym i powierzchni wystrzępionej rozpoznanie przechyla się na stronę zapalenia miedniczek. Podobnie dla ciałek czerwonych: pominąwszy zmiany nowotworowe, sprawy chorobowe, toczące się w pęcherzu, nie wpływają na ich budowę; przeciwnie, w przypadkach zapalenia miedniczek ciałka czerwone nietylko tracą swój zwykły kształt, ale także zostają częściowo odbarwione.

Wbrew dotychczasowym mniemaniom Rosenfeld twierdzi, że kształt komórek przybłonkowych daje bardzo wątpliwą podstawę do rozpoznania pochodzenia ropomoczu.

Punkt trzeci, według Rosenfelda najważniejszy: stosunek ilości ropy do zawartości białka w moczu. W przypadkach nieżytu pęcherza ilość białka nie przekracza nigdy 1‰ do 1·5‰, choćby osad ropny sięgał do wysokości kilku ctm. Przeciwnie w zapaleniu miedniczek przy małej nawet ilości ropy znajdziemy białka przynajmniej tyle, co przy bardzo znacznej ilości ropy pochodzenia pęcherzowego. W razie dużej ilości ropy, zawartość białka dochodzi tutaj do 3‰. *Dr. T. Żeleński.*

Behla. **Zaraźliwość raka.** (*Philad. Med. Journ. — The Medic. Bull. Dec.* 1901). Autor przytacza szereg przypadków,

w których osoby, żyjące z sobą w blizkiej styczności, lecz nie krewne, umarły z raka jedna po drugiej. B. uważa swe przypadki za wyraźny dowód przenoszenia się raka z jednej osoby na drugą i twierdzi, że uzyskane dowody przekonywające o tem świadczą niezbicie, chociaż zaraźliwość istnieje tylko w pewnym ograniczonym stopniu, w rodzaju trądu. Autor sądzi, że należałoby wyjednać przepisy, ograniczające możność szerzenia się raka przez bezpośrednie zarażanie się. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Thompson Campbell. **Jak długo chorzy na gruźlicę mają pozostawać w sanatoryach?** (*The Lancet*, 7-go grudnia 1901 roku). Autor — znany angielski praktyk — i były kierownik sanatoryum dla gruźliczych, podnosi wielkiej doniosłości pytanie, jak długo chorzy na gruźlicę płucną mają pozostawać w uzdrowisku. Naturalnie im wcześniej chory udaje się do sanatoryum, tem więcej ma widoków na poprawienie swego zdrowia. Jednak nawet w tych przypadkach, gdy gruźlica znajduje się w samym początkowym okresie, leczenie w sanatoryum nie powinno trwać krócej nad trzy miesiące. Termin ten bywa zazwyczaj wystarczający, gdy mamy do czynienia z zajęciem jednego tylko szczytu płucnego (stłumienie wypukowe, wydłużony wydech, wzmożone drżenie głosowe, niewiele rzężeń drobnobańkowych, mała ilość plwociny, umiarkowane przyspieszenie tętna, brak znaczniejszych podniesień ciepłoty wieczornej).

Chorzy jednak (głównie z klasy pracującej) szukają porady zazwyczaj późno, gdy już jedno płuco jest zajęte w znacznym stopniu, a sprawa zaczyna się i w szczycie drugim. W takich przypadkach nie należy oczekiwać rzetelnej poprawy przed upływem sześciu miesięcy pobytu w sanatoryum. Wychodząc z tego założenia, wypadnie na każde łóżko w sanatoryum rocznie dwóch chorych; lecz w takich jedynie warunkach możemy liczyć na to, że chory opuści sanatoryum w stanie uzdolnionym do pracy. Kierując się tą zasadą przy przyjmowaniu do sanatoryum, rzadko się tylko może wydarzyć, iż chory po sześciu miesiącach nie powraca do zdrowia.

Jeżeli chory po sześciotygodniowem ścisłem leżeniu nie poprawi się o tyle, ażeby mu można było pozwolić wstać, — należy wyciągnąć wniosek, że sześciomiesięczny pobyt w uzdrowisku nie wystarczy mu do wyleczenia: są to zwykle zakażenia mięszane, którym towarzyszy gorączka, nie ustępująca od żadnych środków. To też przy przyjęciu takich chorych głównie należy zwracać uwagę na ciepłotę, i chory, mający wieczorami stale podniesioną ciepłotę do 39—40 C., nawet przy nieznacznych zmianach w płucach nie nadaje się do sanatoryum.

Również nie należy przyjmować osób ze znacznym upadkiem odżywiania, chociażby w płucach zmiany były nie wielkie: są to zwykle osobniki, obarczone dziedzicznie, ze szczególną wrażliwością płuc. Tętno powolne jest oznaką bardzo dobrą, i chory z niepostępującą jamą w płucu, przy tętnie około 84, może być przyjęty do sanatoryum. Wyraźnie zaznaczona gruźlica krtani, jak również białkomocz w zależności od ogólnego stanu schorzenia, przemawiają przeciwko przyjęciu.

W końcu autor kładzie nacisk na możliwie wczesne rozpoznanie bakteryologiczne gruźlicy, a jednocześnie wykazuje konieczność wybudowania sanatoryów w takiej liczbie, ażeby w nich pomieścić się mogli wszyscy chorzy w początkowym okresie gruźlicy. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Czeremuchin. **Rozpoznawanie kamieni w pęcherzu moczowym zapomocą promieni Röntgenowskich.** (*Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1901, t. 12, Z. 6). Dotychczasowe metody rozpoznawania kamieni pęcherzowych posiadają niestety niemało stron ujemnych. Do nich należy silny ból przy wprowadzaniu cewnika, a zwłaszcza cystoskopu; są chorzy, którzy zupełnie nie znoszą wprowadzania cewnika, nawet w znieczuleniu miejscowem. Prócz tego cewnik i cystoskop przeprowadza się przez cewkę moczową, usianą drobnoustrojami, a przytem trudno dającą się odkazić, a to nie jest rzeczą obojętną wobec łatwości zakażenia pęcherza moczowego. Badanie cewnikiem i cystoskopem natrafia na ogromne trudności w razie istnienia zwężenia cewki, uchyłków, skurczów, dróg rzekomych, stulejki, przerostu gruczołu krokowego i t. d. Nawet gdy cewnik wprowadzimy do pęcherza moczowego, nie zawsze jesteśmy w stanie natrafić na kamień, jeśli ten leży w uchyłku, lub jeśli pęcherz jest znacznie zniekształtniony, jak to często się zdarza pod wpływem przerostu gruczołu krokowego w wieku starszym. Wobec tych cech ujemnych badania cewnikiem i cystoskopem zasługują na uwzględnienie wszelkie inne metody, które będąc mniejwięcej ścisłemi, nie są połączone z dolegliwościami dla chorego i nie narażają go na możliwe zakażenie podczas badania. Takiej metody dopatruje autor w Röntgenofotografii. Na podstawie wskazówek zaczerpniętych z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia, nabytego w klinice chirurgicznej wszechnicy kijowskiej, dochodzi autor pod tym względem do wniosków następujących: 1) kamienie, składające się z fosforanów, moczanów i szczawianów, zatrzymują promienie Röntgenowskie i rzucają cień na płytę fotograficzną; 2) otrzymany cień daje możność oznaczenia wielkości i kształtu kamienia, a nieraz ich liczby; na podstawie zaś tych wskazówek można rozstrzygnąć, którą metodę leczenia należy obrać w każdym pojedynczym przypadku; 3) radyografia wykrywa kamienie nieraz tam, gdzie inne metody dają wynik ujemny, jak o tem miał sposobność przekonać się sam autor; 4) metoda Röntgenofotograficzna jest niebolesną i nieuciążliwą dla chorych; nie pociąga ona również żadnych następstw szkodliwych; 5) w obecnym stanie sztuki Röntgenofotografowania wyniki ujemne badania zapomocą X promieni nie wykluczają jeszcze możliwości kamieni w pęcherzu moczowym; 6) przy rozpoznawaniu kamieni w pęcherzu moczowym należy najpierw zastosować Röntgenofotografię, w razie zaś wyniku ujemnego należy uzupełnić badanie cewnikiem i cystoskopią. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kazimierz Rzętkowski. **W sprawie przemiany materyi przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). U chorego, dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek o typie przeważnie miąższowym, stosowano różną dyetę, przechodząc stopniowo od najmniej drażniącej nerki (mleko, nutroza, bułka, masło) do uważanej za najbardziej drażniącą (mięso, jaja, koniak). Codzienne drobiazgowe badania moczu i kału doprowadziły autora do ciekawych wniosków. Ilość wydzielanego dziennie azotu z białkiem była niemal stałą mimo różnej dyety; w obliczeniu *pro mille* w ostatnim okresie badań, t. j. przy dyecie mięsnej, była oczywiście większą, niż w okresie pierwszym przy dyecie mlecznej; ponieważ dobowa ilość moczu zmniejszyła się prawie do połowy. Różnice w ilościach całkowitego azotu, wydzielanego dziennie, były nieco większe, niż u ludzi zdrowych, co może należy uważać za objaw rozpoczynającej się niedomogi nerkowej. Na zwiększony dowóz mięsa chory ten oddziaływał tak samo, jak i człowiek zdrowy, zwiększonem wydzielaniem kwasu moczowego, jakkolwiek ogólnie przy dyecie mięszanej mleczno-mięsnej wydzielał go nieco mniej, niż zdrowy. Bilans po ukończeniu badań przekonał, że chory potrafił nietylko wynagrodzić sobie całą stratę białka w moczu (157,7 grm. przez 28 dni), ale jeszcze zatrzymał w ustroju około 93 grm. Te więc drobne ilości białka, jakie tracą tacy chorzy co dzień, nie są bynajmniej zastraszające w odpowiednich warunkach odżywiania. Co się tyczy dyetetycznego traktowania chorych na nerki, autor podkreśla dwa szczegóły: tolerancyę mięsa i niewielkich ilości wyskoku, co stoi w sprzeczności z dotychczasowymi poglądami. Ponieważ nie można trzymać chorego szereg lat na dyecie surowej, zatem najracyonalniej przeplatać okresy większej tolerancyi dyetetycznej z okresami dyety ściślejszej. Wyskok można podawać w małych ilościach jako *vehiculum* dla tłuszczów i pobudzający trawienie przy braku łaknienia. *Z. Czaplicki.*

Władysław Janowski. **Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arszenikiem.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Dotychczas w piśmiennictwie polskiem znanych jest sześć przypadków zapaleń nerwów wskutek zatrucia arszenikiem, zatem trzy nowe spostrzeżenia autora bardzo wzbogacają nasz dorobek w tym kierunku. W jednym przypadku zapalenie wystąpiło po ostrem zatruciu, w dwóch po przewlekłem. Po szczegółowym opisie swych spostrzeżeń autor kreśli ogólny obraz tego cierpienia na podstawie całego piśmiennictwa przedmiotu. Po ostrem zatruciu arszenikiem zapalenie nerwów występuje częściej, niż po przewlekłem, dla którego przyczyn szukać należy albo w nadmiernem stosowaniu przetworów leczniczych, albo w ciągłej styczności z przedmiotami, zawierającymi arszenik, jako to: tapety zielone, wypchane zwierzęta, sztuczne kwiaty i t. d.; po ostrem zatruciu objawy występują przeciętnie w drugim tygodniu, a po przewlekłem w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. Cierpienie zaczyna się bólami w kończynach, potem zjawiają się zaburzenia czuciowe, porażenia, zaniki, przykurczenia i niezborność. Porażenia początkowo zajmują zwykle kończyny dolne, w $^2/_3$ przypadków zajmują wszystkie cztery kończyny (w jednym przypadku autora tylko kończyna górna lewa była porażoną), przyczem cierpienie najwyraźniejsze jest w częściach obwodowych i mięśniach wyprostnych, wskutek czego rozwijają się przykurczenia. Zaniki mięśniowe, częstokroć bardzo znaczne, należą do objawów wysoce charakterystycznych. Prawie zawsze występują: bóle, zaburzenia czuciowe, bolesność pni nerwowych i mięśni, zniesienie lub osłabienie czucia dotyku i czucia mięśniowego, a wzmożenie czucia bólu. Specyalny nacisk autor kładzie na czucie stereognostyczne, które prawie zawsze bywa wysoce upośledzone i powraca do normy ostatnie po wyzdrowieniu. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni upośledzona, odruchy skórne utrzymane, ścięgniste zniesione, ataksya, zmiany naczynioruchowe i odżywcze — uzupełniają obraz kliniczny cierpienia, które, jak dowodzą ostatnie badania, umiejscawia się pierwotnie w gałęziach nerwowych, a następnie w rdzeniu. Rokowanie jest na ogół dobre, a leczenie polega na usu-

nięciu szkodliwej przyczyny, na spokoju, stosowaniu jodku potasu, a po ustąpieniu bólu, już wobec poprawy, nie wcześniej, — na ostrożnej elektryzacyi, mięsieniu i kąpielach. *Z. Czaplicki.*

Prof. Zoege v. Manteuffel. **O działaniu zimna na niektóre tkanki ustroju.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Badania doświadczalne, podjęte w jego klinice (Rudnitzki i Manteuffel) wykazały, że przez częste powtarzane mrożenie mgłą eterową kończyny u morskich świnek można w tętnicach tejże kończyny wywołać typowe stwardnienie tętnic (arteriosklerozę), na kościach zaś pobudzić okostnę (częściowo i szpik) do wyraźnego nowotworzenia tkanki kostnej. Równocześnie jednak w okolicy nasad kość ulega wessaniu tak, że tuż pod chrząstką stawową tworzą się wyraźne ubytki kostne. Z. v. M. mniema, że wśród odpowiednich warunków statycznych mogłyby się w stawach potworzyć zmiany typowe dla zniekształcających zapaleń stawów. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acidum glyconicum $OH.CH_2.(CH.OH)_4.CO_2H$. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Jest to przetwór utlenienia glikozy lub cukru trzcinowego, nieczuły na rozczyn Fehlinga. Znaczenie lecznicze zyskał kwas glikonowy od czasu badań Schwarza [1]), który przez podanie tego kwasu dwukrotnie ocalił życie choremu w przebiegu śpiączki cukrzycowej (patrz „Przegl. lek." 1901, Nr. 48. Lepine: (Leczenie moczówki cukrowej). Chodziło o chorego, dotkniętego gruźlicą płuc i ciężką cukrzycą, u którego udało się dwukrotnie usunąć objawy śpiączki przez podanie 70, względnie 50 grm. kwasu glikonowego. Środek ten wprowadzono do ustroju *per os* i *per clysma*, zobojętniony sodą i rozpuszczony w 500 ctm. sz. wody przekroplonej, podając równocześnie do 140 grm. sody. W czasie trzeciego napadu brakło kwasu glikonowego i chory zmarł. Praktyczna wartość tego środka na razie bardzo mała z powodu małej jego produkcyi i wygórowanej ceny (1 grm. = około dwóch koron). *Dr. T. Ż.*

Calcium glycerino-phosphoricum. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Środek ten zalecany przez francuskich i hiszpańskich lekarzy, jako zjędrniający układ nerwowy, stanowić ma według nowych doświadczeń Patina (Concours medical 1901, Nr. 44) nadzwyczaj skuteczny lek przeciw moczeniu się mimowolnemu, tak u dorosłych, jak u dzieci. Własność ta fosforanu glicerynowo-wapniowego, odkryta na drodze czysto empirycznej, jest tem cenniejsza, że dotychczas brak skutecznego a nieszkodliwego środka przeciw mimowolnemu oddawaniu moczu stanowił dotkliwą lukę w dzisiejszym zasobie leczniczym. Dawka skuteczna wynosi dla dorosłych 0·5 grm.; dla dzieci stosownie do wieku 0·25—0·4 grm., dwa razy dziennie, najlepiej rano i wieczór. 1 grm. = około dziesięć halerzy. *Dr. T. Ż.*

Oesypus jest to nieoczyszczony, z niemiłym zapachem tłuszcz z wełny, który zawiera wiele wolnych kwasów tłuszczowych; mimoto skóra znosi go bardzo dobrze. Zaleca się swą tanością. Dobry do pasty cynkowej (*Zinci oxydati Amyli aa 3·00, Ol. oliv. Oesypi aa 4·00.* S. Zewnętrznie).

Resorbinę poleca Jessner jako dobrą zaprawę (*constituens*) do maści, zwłaszcza rtęciowych.

Ung. Caseini (sernik, gliceryna, waselina, woda) jest to masa podobna do maści; rozsmarowana na skórze tworzy delikatną, elastyczną, ledwo dostrzegalną osłonkę.

Gelanthum (liposok tragankowy, żelatyna, woda), służy do osłony skóry, jak również: **Epidermin** (wosk, woda, guma).

Chlorek etylu w praktyce dermatologicznej, prócz znieczulającego działania (przy mniejszych operacyach), posiada jeszcze lecznicze, a to we wrzodzie miękim i wilku. W pierwszem cierpieniu stosuje się go, dopóki wydzielina ropna nie przejdzie w surowiczą. Pod wpływem stosowania przez czas dłuższy zamrażania chorej skóry, nacieki wilka mają znikać. *Z. Czaplicki.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19. marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Jako gość obecny: dyrektor biura wodociągowego miejskiego p. Jaszczurowski.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący przedstawia wnioski Komitetu Towarzystwa w sprawie wydawnictwa Słownika lekarskiego.

Po wyczerpującem wyjaśnieniu całego przebiegu sprawy słownikowej przez kol. prof. Ciechanowskiego, kol. prof. Klecki czyni wniosek, ażeby Słownik poddać kontroli Akademii Umiejętności pod względem językowym.

Po dyskusyi, w której brali udział: kol. prof. Ciechanowski prof. Bujwid i prof. Klecki, uchwalono następującą rezolucyę: «Towarzystwo lekarskie wyraża życzenie, ażeby Komisya słownikowa starała się podczas przeprowadzania korekty jeszcze materyał wyrazowy poddać kontroli lingwistów, członków Akademii Umiejętn. i aby, rzecz ta wyraźnie została zaznaczoną w przedmowie do Słownika«.

Następnie uchwalono następujące wnioski Komitetu: 1) Drukować 1500 egzemplarzy; 400 oprawnych i 1100 nieoprawnych; 2) drukować na papierze tańszym; 100 zaś egzemplarzy na papierze lepszym dla bibliotek i dla chcących posiadać egzemplarz droższy; 3) drukować w drukarni uniwersyteckiej z interlinią włosową; 4) sprawę prenumeraty i cen Słownika odroczyć; 5) zaciągnąć pożyczkę na wydawnictwo u Towarzystwa lek. krakowsk. za opłatą 5%, płatnych z góry. Z dochodów ma być nasamprzód spłaconą pożyczka Towarzystwa; 6) dzieła używane przy układaniu Słownika przesłać bibliotece Tow. lek. krak.; 7) Słownik wydać we własnym zarządzie; 8) administratorem i skarbnikiem wybrać kol doc. Raczyńskiego.

III. Odczytano pismo Tow. samopomocy lekarzy o poparcie podania, wniesionego do Rządu i do Rady państwa w sprawie przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

Przewodniczący udziela wyjaśnień i przedstawia wniosek Komitetu, aby prośbę poprzeć w Radzie państwa i w Ministeryum spraw wewnętrznych. Prócz tego uchwalono przesłać prośbę o poparcie rezolucyi na ręce posłów krakowskich i dra Opydy.

IV. Przewodniczący przedkłada listę subskrypcyjną na »Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten«.

V. Przewodniczący odczytał pismo c. k. Starostwa w Krakowie z prośbą, aby zawiadomić lekarzy o obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych. W przypadkach, wydarzających się w okolicy Krakowa, doniesienia mają być przesłane gminie lub Starostwu.

VI. Kol. prof. Bujwid wygłosił odczyt »O wodzie i wodociągach krakowskich«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. doc. Lemberger podnosi, że znalazł *Crenothrix* w osadzie z rur wodociąg. i że może się on rozwijać w obecności ilości żelaza, niższej od 0,30. Zabiegi dotychczasowe, to półśrodki, gdyż jedne studnie zamknięto, a w innych pozostał *Crenothrix*. Sądzi, że należy zaprowadzić odżelezianie wody.

Kol. prof. Ciechanowski zapytuje, czy badania wykazały w jakim kierunku idzie prąd wody i dlaczego w tych czterech studniach pojawiło się żelazo, ile domów w Krakowie zaopatrzonych jest w wodociągi, czy studnie dodatkowe dadzą dostateczną ilość wody.

Kol. doc. Braun zapytuje, czy domieszka żelaza z *Crenothrix*, jest dla zdrowia szkodliwa.

W dalszej dyskusyi brali udział: kol. Bier, doc. Lemberger prof. Ciechanowski, doc. Seńkowski i Gertler, poczem p. Jaszczurowski udzielił wyczerpujących wyjaśnień technicznych.

Na zakończenie kol. prof. Bujwid wyjaśnia, że wodorost *Crenothrix polyspora* i *Leptothrix ochracea* znajdują się według badań różnych autorów w takiej tylko wodzie, w której ilość żelaza przenosi 0,3 miligr. w litrze. Wodorosty te, czy też bakterye wodne, mogą się rozmnażać tylko w takiej wodzie, w której ilość żelaza jest wyższą. Już obecnie, przed wyłączeniem studzien żelazistych w Bielanach, ilość tych bakteryj była w wodzie bardzo małą; znajdowały się one tylko w rurociągu przy ulicy Michałowskiego, gdzieindziej nie można było ich znaleźć, jakkolwiek w studniach z wodą żelazistą można je było wykryć. Dowód to dostateczny, że woda wodociągowa nie przedstawia warunków sprzyjających mnożeniu się tej bakteryi. Skoro obecnie wyłączono studnie z wodą żelazistą, skutkiem czego ilość żelaza jeszcze bardziej spadnie, warunki te będą jeszcze mniej odpowiedne dla rozwoju tej bakteryi.

O szkodliwości jej dla człowieka mowy być nie może. Nie jest ona w wodzie bardziej szkodliwą, jak zwykła bakterya kwaśnienia w mleku kwaśnem. I jedna i druga nie szkodzi, gdyż w ustroju człowieka się nie rozmnaża, ani szkodliwych produktów nie wytwarza.

[1]) Schwarz: *Prager med. Wochenschrift* 1901, str. 361 i 376.

Co do odżeleziania, może ono będzie potrzebnem, gdyby się okazało, że woda zawiera więcej niż 0,3 mil. żelaza. Obecnie jest to zbytecznem. Samo odżelezianie jest metodą prostą, ale wymaga urządzeń, jak na teraz jeszcze nie potrzebnych, któreby około 100 do 200 tysięcy koron kosztowały. Wody jest dotąd dosyć, jest ona czystą, zawiera bardzo mało bakteryj, a minimalne ślady żelaza. Takiej wody jak krakowska, życzyćby należało każdemu miastu. Już obecnie można zauważyć zmniejszenie się śmiertelności z duru brzusznego, będzie ona jeszcze mniejszą, gdy wszystkie domy na krańcach miasta z wodociągami się połączą. *(Streszczenie własne).*

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie w dniu 23 kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w dniu 7 kwietnia odbyło się zgomadzenie galicyjskich Izb i Towarzystw lekarskich i Towarzystwa Samopomocy lekarzy w sprawie poprawienia ekonomicznego bytu lekarzy i podaje zapadłe tam uchwały.

III. Kol. Eisenberg wygłosił odczyt »O nowszych teoryach odporności«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. marca 1902 r.

Obecni wszyscy członkowie. Przewodniczy kol. Reiss.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne zmarłemu prof. Kaposiemu, którego pamięć zgromadzeni uczcili przez powstanie. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Steuermark przedstawia prywatną 25-letnią pacyentkę, u której bezbarwność skóry *(Vitiligo)* zajmuje prawie całą powierzchnię tak, że tylko twarz ma zabarwienie prawidłowe. Włosy na zajętych miejscach są zupełnie białe. Ponieważ tu przebarwienie miejsc białych jest wykluczone, prelegent postanawia odbarwić resztę skóry prawidłowej, do czego z licznych leków wybiera 50% ciasto (pastę) resorcynowe, które według niego najlepiej się do tego nadaje. Kolega Reiss podając praktyczny sposób rozpoznania miejsc odbarwionych, przyznaje racyę wyboru środka kol. Steuermarkowi, sam jednak nad tę metodę przenosi leczenie sublimatem, które pod ścisłą kontrolą lekarską znacznie prędzej do celu prowadzi. Kol. Borzęcki zaznacza, że ten przypadek należy do rzędu *Vitiligo acquisita* i ze względu na uderzającą symetryę wskazuje na rzeczywiste tło nerwowe.

II. Kol. Reiss przedstawia przypadek przez siebie rozpoznany jako wrzód gruźliczy języka. Wrzód zajmuje koniec języka, ma brzegi powyżerane i jest bardzo bolesny przy ucisku. Co do leczenia, to najodpowiedniejszem byłoby wycięcie w zdrowej tkance; ponieważ jednak ten zabieg pozbawiłby chorego połowy języka, przeto uciec się należy do środków bardziej zachowawczych. Drugim środkiem jest wypalenie termo- albo galwanokauterem; po tym rękoczynie występuje jednak tak znaczny obrzęk języka, że możliwem staje się uduszenie. Pozostaje tylko przyżeganie wrzodu stężonym kwasem mlekowym, której to metody używa prelegent od kilku tygodni, ale bezskutecznie. Kol. Baurowicz zaznacza, że kwas mlekowy działa dobrze tylko wtedy, gdy się wrzód przez wyskrobanie dokładnie oczyści. Bardzo dobrze działają w tych przypadkach leki z gromady fenolów, n. p. *menthorol* w 5. do 15% roztworze do płókania. Zwraca jednak uwagę, że tu niema obrzęku najbliższych gruczołów chłonnych, że wrzód sam niema wszystkich cech charakterystycznych i dlatego uważałby rozpoznanie wrzodu gruźliczego za nie zupełnie usprawiedliwione. Kol Krzyształowicz podziela zdanie kol. Baurowicza i również ze względu na obrzęk języka, osad na zębach, brak powiększenia gruczołów i brak gruźlicy gdzieindziej uważa ten wrzód za odleżynowy. Kol. Reiss broni swego rozpoznania, a kol. Borzęcki popiera go, podnosząc, że mógłby to chyba być wrzód urazowy, ponieważ jednak niema zębów pruchniejących, lub ostrych odłamków, wrzód umieszczony na końcu języka i bardzo bolesny może być tylko gruźliczy.

III. Następnie kol. Reiss przedstawia chorego, podejrzanego o nabłoniak koniuszka językowego; niezwykłość wypadku leżałaby w tem, że choroba wystąpiła w dwóch ogniskach. Kol. Baurowicz sprzeciwia się rozpoznaniu nowotworu, trwającego od $1^1/_2$ roku, bo znów nie znajduje obrzęku gruczołów sąsiednich, co przy nowotworach na języku byłoby prawie niemożebnem. Zgadza się z nim kol. Boczar, przypuszczając wrzód urazowy. Kol. Reiss zaznacza, że wprawdzie niema powiększonych najbliższych gruczołów chłonnych, jednak mimo to, polegając na cechach klinicznych owrzodzenia, obstawać musi przy swojem rozpoznaniu. Kol. Baurowicz przytacza przykład z kliniki prof. Pieniążka, gdzie u pewnej pacyentki rozpoznano kolosalny wrzód gruźliczy języka, który przez 7 miesięcy opierał się najrozmaitszemu leczeniu. Dopiero po usunięciu gładkiego, ale nieprawidłowo rosnącego zęba mądrości, wrzód w kilka dni zaczął się oczyszczać i wnet potem zgoił bezpowrotnie.

IV. W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z rozpoznaniem klinicznem grzybicy paznokciowej *(onychomycosis trichophytinica)*, co również badanie drobnowidowe potwierdziło i przedstawia uzyskane preparaty. Co do leczenia, to najprędzej i najpewniej do celu prowadzi zupełne usunięcie paznokci; jest to jednak zabieg nadzwyczaj bolesny i dlatego odpowiedniejszem, acz dłuższem zdaje mu się zeskrobywanie paznokci i stosowanie 10—40% maści z kwasem pirogalusowym, lub pędzlowanie nalewką jodową, albo wreszcie wstrzykiwanie w miąższ paznokci roztworu 50% pirogalolu w celu wywołania ropienia.

V. Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *trichophytia animalis* na przedramieniu prawem. Cierpienie tak dalece nie ma już dziś cech charakterystycznych, że możnaby być w kłopocie co do pewnego rozpoznania, gdyby badanie drobnowidowe nie wykazało grzyba. W leczeniu zastosuje maść Wilkinsona.

VI. Kol. Krzyształowicz przedstawia dwa przypadki klinicznie i drobnowidowo stwierdzonego liszaja wyłysiającego, u których epilacyę przeprowadzi kol. Boczar przy pomocy promieni Roentgena.

VII. Kol. Reiss przedstawia chorą z gruźlicą palców małego i wskazującego ręki prawej. Choroba trwa dwa lata, układ kostny kończyny zajęty, na palcach rozdęcie kości, leczenie miejscowe bezskuteczne, pozostaje tylko zabieg chirurgiczny. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierajs głos kol. Borzęcki, Schwarz i Baurowicz.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z *lupus erythematodes discoides faciei*, u którego zastosuje pędzlowanie eterem i wyskokiem po równej części i chorą z *lupus erythematodes disseminatus* na twarzy i głowie, leczoną pędzlowaniem roztworem Fowlera.

W końcu przedstawia znanego już z poprzedniego posiedzenia chorego z *sarcomatosis cutis*, leczonego wstrzykiwaniami arsenianu sodowego po 0,02 dziennie, a następnie z powodu znacznych bólów, wywołanych wstrzykiwaniami, pigułkami azyatyckiemi w równoważnej dawce. Zgromadzeni stwierdzili postęp w rozwoju sprawy chorobowej. Kol Reiss zaznacza, że większe guzy zostaną niebawem usunięte drogą operacyjną.

VIII. Kol. Steuermark przedstawia chorego, który już od 10 lat leczy się z powodu figówki brody. Leczony kilkakrotnie w szpitalu i przez wielu lekarzy, zawsze z przemijającym skutkiem, przed $1^1/_2$ rokiem zgłosił się do niego. Ponieważ tu epilacya z odpowiednią terapią okazała się bezskuteczną, zastosował maść z siarczkiem barowym, robioną zawsze na poczekaniu. Siarczek barowy mięszał z taką samą ilością skrobi, zarabiał wodą na ciasto i nacierał chore miejsca. Po 10 minutach zmywał, usuwając tym sposobem rozpuszczone włosy, a takie posiedzenia ponawiał co 2—3 dni. Po dziesięciu posiedzeniach choroba ustąpiła, włosy odrosły i mimo rocznej obserwacyi nawrotu wykazać nie można. W dyskusyi zabierają głos: kol. Reiss, Borzęcki, Sokołowski i Boczar.

Następnie kol. Steuermark przedstawia chorą z *ulcus rodens palpebrae inferioris oculi sinistri*. Leczonej od szeregu lat rozmaitemi metodami bezskutecznie, podaje obecnie arsen wewnętrznie i w postaci pędzlowania, ale także bez widocznego wyniku. Zabiegowi operacyjnemu chora poddać się nie chce. W dłuższej dyskusyi zabierają głos kol. Reiss, Krzyształowicz, Borzęcki i Baurowicz.

IX. Kol. Reiss przedstawia znanego z poprzednich posiedzeń chorego z *erythema bullosum streptogenes*. Obecnie stosuje u niego maść 10% z *lac sulfuris* i *sapo unguinosus*, codzienne kąpiele i zawijanie rąk maścią borową. Pęcherze pokazują się obecnie bardzo rzadko i małe

tak, że musimy, polegając na badaniu bakteryologicznem i histologicznem, przyjąć zakażenie zewnętrzne. Kol. Borzęcki obstaje przy swojem rozpoznaniu *dermatitis herpetiformis Duhring* i polemizuje z kol. Reissem i Krzyształowiczem.

Na zakończenie przedstawia kol. Reiss chorą z *hyperkeratosis e hyperidrosi* dłoń i stóp. Chorą leczy się maścią Hebry i okładami z potażem żrącym; skutek już dziś jest widoczny. Zaznacza, że w podobnych przypadkach potów nadmiernych znakomicie działa maść Hebry; chorzy jednak muszą najmniej przez 3 tygodnie pozostać w domu, zmieniając co 5 dni opatrunek. Wyleczenie bywa trwałe. Leczenie 5—15% rozczynem kwasu chromowego daje również nie złe wyniki, choć nie tak trwałe, ale barwi skórę na rękach na brunatno, co jest wielce nieprzyjemne w praktyce prywatnej. Kol. Steuermark podnosi wyborne działanie w nadmiernych potach *liquoris anhydranhoici Brandau*, który wprawdzie jest bardzo drogi i należy do t. zw. środków tajnych, daje się jednak użyć z dobrym wynikiem. Zapalenie skóry jest zupełnie nieznaczne. W dyskusyi na ten temat zabierało głos kilku kolegów, poczem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie ubezpieczenia lekarzy okręgowych.

Lekarze okręgowi wnieśli podania do władzy o przyznanie im emerytury, obowiązując się do składania odsetków od rocznej pensyi, oraz wkładki za lata ubiegłe z tem, aby im lata te wliczono do okresu czasu, potrzebnego do uzyskania emerytury.

Ponieważ może zachodzić obawa, że przyznanie emerytury obciąży fundusz krajowy, przeto rozważmy, jak sprawa ta przedstawi się liczbowo, biorąc przykład zbliżony do obecnych stosunków.

Przypuśćmy, że 125 lekarzy okręgowych, pobierających pensyę po 1000 k., złoży już za rok 1903 po 3% od swoich pensyj, oraz wkładkę za (przeciętnie) cztery lata ubiegłe, również wynoszącą po 3% od rocznych pensyj. W takim razie powstanie funduszu 18.750 k., który przy odsetku składanym 4½, po latach 25 wzrośnie do 56.437 k. 50 h.; po lat 30 wynosić będzie 67.312 k. 50 h.

Przypuśćmy, że z podanej liczby lekarzy przez pierwszych lat 15 będzie umierał corocznie jeden lekarz, przez następnych zaś lat 15 po trzech lekarzy rocznie, pozostali zaś przy życiu składać będą nadal wkładki po 3% od swoich rocznych pensyj. Z samych wkładek tych powstanie wraz z poprzedniemi po 25 latach fundusz wynoszący 96.450 k., po 30 zaś latach 107.250 k. W razie zaś, gdyby wkładki te w ten sam sposób po 4½% się procentowały, urośnie po 25 latach, t. j. z końcem roku 1927, fundusz, wynoszący 203.442 k. 46 h., zaś z końcem roku 1932 (t. j. po 30 latach) — fundusz, wynoszący 262.080 k. 20 h.

Nie zapominajmy jednak, że wzrostowi funduszu do podanej wysokości stanie na przeszkodzie częściowe zużytkowanie go na pensye wdowie i sieroce. Z drugiej jednak strony w zastosowaniu do obecnych stosunków wkładki roczne, a więc i fundusz powstały z składanych odsetków, będą znacznie od podanych większe. Wielu już dziś bowiem lekarzy okręgowych pobiera roczną pensyę, nie 1000, lecz 1200—1400, a nawet 1600 k. Przy zaprowadzeniu zaś projektowanych pięcioleci podwyższą się również wkładki 3% i fundusz powstały ze składanych odsetków. Ponieważ zaś istnieje projekt, aby pensye wdowie wynosiły po 800 k., a sieroce po 160 k. rocznie „bez względu na wysokość płacy ubezpieczonego“, przeto tem więcej fundusz emerytalny wzrośnie.

Zresztą, jeżeli rząd tak oszczędny, jak austryacki, oznaczył wkładkę wynoszącą tylko 3% od pensyj urzędników państwowych na rzecz funduszu emerytalnego, to — bezwątpienia nie uczynił tego jedynie z altruistycznych względów, lecz i dlatego, że wkładka taka według rachunku prawdopodobieństwa i na podstawie statystycznych danych okazała się wystarczającą.

W myśl projektu, podanego przez lekarzy okręgowych, opłaty za pewne czynności, dokonywane przez lekarzy okręgowych, jak opłaty za oględziny zwłok, bydła i mięsa wpływać mają do funduszu krajowego na rachunek utrzymania okręgowej służby zdrowia, a w pierwszym rzędzie na rachunek funduszu emerytalnego. Opłaty te są rocznie przynajmniej trzy lub cztery razy większe od proponowanych 3% wkładek od rocznych pensyj.

Jeżeli dodamy do tego przychody, powstałe z obowiązań prawno-prywatnych (§ 12), pobór dodatków od poszczególnych gmin, należących do okręgów, grzywny, nałożone na lekarzy okręgowych, a może i zasiłki ze strony rządu za „poruczony zakres działania w sprawach zdrowotnych“, za tłumienie chorób nagminnych przez lekarzy okręgowych i t. d., to powstanie fundusz emerytalny takiej wysokości, że ogólny fundusz krajowy wcale się nie obciąży zaprowadzeniem emerytury dla lekarzy okręgowych.

W najgorszym nawet przypadku w pierwszych latach po zmianie ustawy fundusz krajowy przez zaprowadzenie emerytury nie ucierpi, gdyż jest niepodobieństwem przypuszczać, aby lekarze okręgowi, skoro tylko przyjdzie płacić wkładki emerytalne, wymarli lub popełnili masowe samobójstwo, pozostawiając po sobie wdowy i sieroty do zaopatrzenia kosztem tylko funduszów krajowych. Im wcześniej sprawę emerytury się załatwi, tem korzystniej sprawa ta dla funduszów krajowych się przedstawi, gdyż temwięcej na ten cel wzrosną odsetki od wkładek pensyjnych; trudno zaś będzie w miarę późniejszego przeprowadzenia sprawy wymagać, aby lekarze okręgowi płacili wkładki i odsetki od tych wkładek za całe dziesiątki ubiegłych lat, „aby im te lata do emerytury wliczono“.

Gdyby nawet w późniejszych latach przyszło funduszowi krajowemu przyczynić się nieznaczną sumą do funduszu emerytalnego, to i w takim razie — „Paryż wart jest mszy“. Jeżeli prawdziwem jest obliczenie oparte na naukowych podstawach, że ludność w Galicyi wskutek poprawy stosunków higienicznych, a więc głównie wskutek pracy lub inicyatywy lekarzy gminnych i okręgowych, oszczędza w ciągu jednego roku sumę 26,065.200 k. („Przegląd higieniczny“ z r. b. Nr. 1, str. 5), to w takim razie nawet pewien dodatek ze strony funduszu krajowego na rzecz funduszu emerytalnego przestaje być „nieprodukcyjną (*sic*) ofiarą“, a staje się wkładką wcale chyba niezłe przynoszącą odsetki. Zrozumiały to już bardziej dbałe o swój rozwój społeczeństwa.

Wogóle wyrażamy tutaj pewną wątpliwość, czy fundusz krajowy przez zaprowadzenie emerytury wogóle kiedykolwiek się uszczupli. Chodzi nam jedynie o podjęcie organizacyi, zaprowadzenie przymusowego ubezpieczenia wszystkich lekarzy okręgowych drogą ustawy, do czego powołanym jest przedewszystkiem w tym przypadku autonomiczny rząd krajowy.

I jeszcze jedno: gdyby jakiś prywatny przedsiębiorca zatrudniał setki robotników, których zdrowie i życie w tem zajęciu zawodowem choćby dziesięć razy mniej było narażone, niż jest narażone zdrowie i życie lekarzy okręgowych, to oddawna ustawodawstwo zmusiłoby niesumiennego przedsiębiorcę do ubezpieczenia tych robotników, lub zaprzestania zyskownego przedsiębiorstwa. Że jednak robotnikami, budującymi lepszą przyszłość, są w tym przypadku tylko lekarze okręgowi, a przedsiębiorcą jest — społeczeństwo, przeto, wstępując w służbę okręgową, przynajmniej dotychczas, o koledzy, *lasciate ogni speranza*. Miejmy jednak na przyszłość przechodzącą już nieco w stan chroniczny nadzieję, (sprawa się ciągnie od 2 lat), że przecież nasze społeczeństwo we własnym interesie przeprowadzi stosowniejszą organizacyę okręgów. W przeciwnym razie rozchwieją się okręgi, co się już obecnie po części dziać poczyna, znikną te dodatnie wyniki, które już osiągnęliśmy i wyprzedzą nas w pochodzie cywilizacyjnym inne, dziś jeszcze nawpół dzikie społeczeństwa, co po części również już się stało. *Erg.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 maja.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 30 kwietnia posiedzenie zwyczajne, na którem po przedstawieniu rzadszych przypadków chorobowych przez kolegów: prof. Dra Reissa i Dra Borzęckiego, oraz okazu anatomicznego przez Dra Glińskiego, odbył się zapowiedziany odczyt kolegów D-rów Glińskiego i Horoszkiewicza: »O zmianach mikroskopowych w oddzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian«.

* Termin konkursu na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej, o którym donieśliśmy w Nr. 17 »Przegl. lek.«, został przedłużony do d. 15 maja b. r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Włodzimierz Georgeon i Emil Libermann.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVI (13—19—IV). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 55, zmarło osób 77, mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zamiej.), z zapalenia płuc 25 (4 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dziecięcej 3 (2 zam).

* W Wiedniu zorganizował się Komitet austryacki dla 1-go Kongresu lekarskiego w Egipcie. Prezesem wybrany został prof. Noth-

nagel, sekretarzem prof. Winternitz (I. Wipplingerstrasse, 28), skarbnikiem prof. Frankl-Hochwart (I. Volksgartenstrasse, 5).

* W Nr. 14 i 17 »Przegl. lek.« przytoczyliśmy główne zarysy rozpraw i uchwał międzynarodowej Konferencyi prasy lekarskiej w Monako; podane wiadomości uzupełniamy dziś następującymi szczegółami:

I. W skład międzynarodowego stowarzyszenia prasy lekarskiej wchodzą: *a)* czasopisma wpisane pod ich nazwą i reprezentowane przez jednego członka redakcyi; *b)* dziennikarze, posiadający uwierzytelnienie od swoich »narodowych związków prasy«. Kraje, nie posiadające takiego »Związku«, mogą należeć do międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej i być reprezentowane przez kierowników instytucyj naukowych, naczelnych redaktorów, sekretarzy redakcyjnych, lub wreszcie delegatów, przyjętych przez centralny Komitet Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej.

II. Na walnych zebraniach każde czasopismo zastępuje najwyżej trzech delegatów, posiadających przy głosowaniu prawo jednego głosu.

III. Nieodwołalnym warunkiem przynależności do Stowarzyszenia jest przyjęcie zasadniczych punktów, odnoszących się do poszanowania własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej. (patrz »Wiadomości bieżące« w Nr. 14 »Przegl. lek.«). Prócz tego Konferencya w Monako zasadniczo uchwaliła wymianę czasopism między redakcyami, należącemi do międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej, z uwzględnieniem jednak różnicy ceny abonamentu i portoryum pocztowego, oraz z zastrzeżeniem przychylenia się do wymiany właścicieli czasopism.

Najważniejsza sprawa: organizacya »międzynarodowego biura informacyjnego prasy lekarskiej« spadła z porządku dziennego i będzie przedmiotem rozpraw i uchwał na Kongresie prasy lekarskiej, który odbędzie się w Madrycie, w związku z przyszłorocznym międzynarodowym Zjazdem lekarskim.

Nekrologia. Dr. Aleksander Szczeniowski, b. lekarz powiatowy, zmarł w Włocławku, licząc lat 76. Dr. Bolesław Michałowski zakończył życie w Petersburgu, w 45 r. życia. Dr. Antoni Pawlikowski, długoletni lekarz miejski we Lwowie, zakończył życie d. 29 kwietnia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. L. Korczyński: Kilka uwag w sprawie patogenezy miażdżycy tętnicy głównej. Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. (dok.). Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hydromyelią (dok.).

— *Medycyna* Nr. 18. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanych związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (dok.).

— *Zdrowie* Nr. 5. Chełmoński: O t. zw. »zaziębieniu« w stosunku do suchot. Kopczyński: Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach w Szwajcaryi i w Niemczech.

— *Kronika lekarska* Nr. 8. Dr. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowoczesnych (c. d.). Themerson: Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.

— *Przegląd chirurgiczny* Z. 1. T. V. Wertheim: Przyczynek do anatomii i topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. Englaender: O jednokomorowej torbieli nerkowej. Krajewski: Epityphlitis.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. L. Korczyński. Kilka uwag w sprawie wód mineralnych. Supiński: Rabka — zakład zdrojowokąpielowy, solanka jodowo-bromowa. Wąsowicz: Urządzenia sanitarne Krynicy, Praschil: Truskawiec.

— *Przegląd felczerski* Nr. 9. L.: Zapalenie (c. d.). R.: Opatrunki (c. d.). R.: Technika sekcyi zwłok (c. d.). M.: Zapobieganie wadliwym położeniom płodu (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18. Kneidl: Příspěvek ku statistice a aetologii povšechné progressivní paralysy v l. 1890 až 1899. Slavík: Vražda zardoušením, smrt z hladu a týznění nebo náhlé úmrtí v záchvatu padoucnice tudiž smrt přirozená?

— *La Presse médicale* Nr. 34. Morestin: Autoplastyka przez przesunięcie dla pokrycia rozległego wrzodu w okolicy kulszowej i pośladkowej.

— Nr. 35. Bochard: Nakłócie lędźwiowe, jako środek leczniczy przeciw przypadłościom następowym po pęknięciu czaszki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Seeligmüller: Przyczynek do patologii przewlekłego zatrucia ołowiem. Bidder: Poronne leczenie czyraków (wąglika) za pomocą podskórnych wstrzykiwań odkażających. Wolff: O kostnej plastyce ścięgien. Knapp: Czy można oznaczyć granice żołądka bez środków pomocniczych? Gutzmann: Uwagi nad mową niedosłyszących i ogłuchłych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Noorden: Ester kwasu para-amidobenzoesowego, jako środek miejscowo znieczulający. Luzzatto: Przypadek ogólnego zapalenia nerwów po zimnicy, stwierdzony nekroskopią. Rothmann: Problemat porażenia połowiczego. Halle: Przyczynek do leczenia zapalenia gardła ziarninowego i bocznego. Sahli: O nowym sposobie badania czynności żołądka (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Thost: Gorączka sienna (Heufieber). Bettmann: O nawrotowym liszaju cewki moczowej. Wassermann: O zachowaniu się białych ciałek krwi w niektórych chorobach chirurgicznych, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Matthes: Dalsze spostrzeżenia nad wystąpieniem hemoglobiny ze stwardzonych w sublimacie ciałek czerwonych krwi. Rosenbach: Znaczenie małych wahań ciśnienia atmosferycznego, na ludzki ustrój. Hoppe: Zastosowanie dormiolu u padaczkowych. Fischer: Czy rozedma płuc może być następstwem grania na dętych instrumentach? Hoesslin: Ospica z nieprawidłowem rozwinięciem się osutki. Weber: Rzadka przyczyna zatrucia się ołowiem. Leczenie kolki ołownej atropiną. Toff: Niektóre uwagi nad zastosowaniem maści srebrowo-kolodyonowej (Credé).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Freund: Nabytki i usiłowania w zakresie patologii przemiany materyi. L. Korczyński: Wpływ przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Arlt: Dotychczasowe doświadczenia z zastosowaniem cytrolu miedziowego w leczeniu jaglicy, oraz kilka uwag o itrolu Credégo. Sachs: Doświadczalne badania z odkażaniem moczu (dok.).

Redakcya otrzymała. Dwudzieste dziewiąte sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1901. E. Vlasák: Pensijní zákon pro lékaře v soustáti Rakouském. Dydyński: O porażeniu Lanrego *(paralysis ascendens acuta)*.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 14 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem, kol. dr. Horoszkiewicz będzie miał odczyt p. t.: „Nagła śmierć wśród zabiegów operacyjnych ze stanowiska sądowo-lekarskiego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.